

A Chronic Disease Prevention and Management Framework for New Brunswick

Primary Health Care Branch
Addiction, Mental Health
and Primary Health Care Division
Department of Health

Be Engaged

Our Health, Our Future



Table of contents

EXECUTIVE SUMMARY.....	2
SECTION 1: BACKGROUND	3
What are chronic diseases?	3
SECTION 2: WHERE ARE WE NOW?	4
Primary risk factors	4
Learning from statistics.....	5
How significant is the challenge of chronic disease?	8
Learning from Canadians who have chronic diseases.....	10
SECTION 3: WHERE DO WE WANT TO GO?	11
A provincial mandate.....	11
Dealing with chronic conditions.....	11
SECTION 4: HOW ARE WE GOING TO GET THERE?	13
Chronic Care Model	13
CONCLUSION	20

FIGURES

Figure 1: Risk behaviours among New Brunswickers and Canadians.....	4
Figure 2: Percent distribution for leading causes of death.....	5
Figure 3: Leading Causes of Death (ASMR per 100,000) in New Brunswick.....	6
Figure 4: Potential years of life lost: leading causes in New Brunswick, 2006.....	6
Figure 5: Causes of premature death.....	7
Figure 6: Mortality counts and ASMR per 100,000 by gender.....	7
Figure 7: Prevalence of chronic disease among New Brunswickers.....	9
Figure 8: Health-care costs associated with chronic disease.....	9
Figure 9: Expanded Chronic Care Model.....	14

Executive Summary

This paper provides a succinct background and context to the need for a comprehensive New Brunswick chronic disease strategy. Chronic diseases are the most significant cost-driver in our health-care system. Chronic diseases include diseases that persist. Generally they cannot be prevented by vaccines or cured by medication, nor do they just disappear. Many chronic diseases develop slowly due to behaviour that damages health. The management of chronic diseases and conditions presents a significant challenge to the health-care system, and changes are needed to manage these complex health problems better.

In 2007, the Health Quality Council released a report on patterns and prevalence of health and health-care use by Canadians with selected chronic illnesses¹. One-third of Canadians had reported at least one of seven selected chronic physical- and/or mental-health conditions. Our efforts to build sustainable health-care systems must target the challenges created by this growing prevalence. There is strong evidence that, while chronic diseases are creating serious economic and social burden, there is significant opportunity to reduce and manage this strain. The Provincial Health Plan 2008-2012 echoed this need and commitment to help better manage long-term health problems:

[the health-care system] must undergo a transformation that will allow for greater focus on results, operational efficiency, clinical excellence and long term sustainability.²

The Robert Wood Johnson Foundation sponsored the work of Dr. E. Wagner in the United States to explore the development of an effective clinically oriented service framework to support the care of persons with chronic illnesses. This led to the development of the Chronic Care Model, which integrates multiple components to improve the management of patients with chronic illnesses. This model has been widely studied since 2000. The Cochrane database has completed a meta-analysis of these studies. As well, the RAND Group was contracted to study the effectiveness of the model. From 1999 to 2000, more than 15 studies involving four sites and more than 4,000 patients were conducted and analyzed. Findings include:

- organizations were able to improve, making an average of 48 changes in 5.8 out of the six CCM areas;
- patients with diabetes had significant decreases to their risk of cardiovascular disease;
- congestive heart failure pilot patients were more knowledgeable and more often on recommended therapy; they had 35 per cent fewer hospital days; and
- asthma and diabetes pilot patients were more likely to receive appropriate therapy.

The Expanded Chronic Care Model provides a framework for chronic disease prevention and management as a guide to health-care system transformation. This model identifies the key elements that, working together, create the social environment for how health care is delivered. The health-care system is described within the context of how the community plays a defining role in how health services are delivered. The community influence is constructed by public policy, the supportive environment and public engagement. The key components of the health-care system include the delivery system design, the information system, patient self-management and decision support. This model provides a blueprint to guide ongoing efforts, activities and enhancements in the provision of primary care to all New Brunswickers with chronic illnesses.

Section 1: Background

What are chronic diseases?

Chronic diseases include diseases that persist. Generally they cannot be prevented by vaccines or cured by medication, nor do they just disappear. Many chronic diseases develop slowly due to behaviours that damage health.

Chronic diseases are typically characterized by pre-existing risk factors, vague beginnings, long latency and prolonged affliction; they are later associated with impairments or functional disability. Chronic diseases include physical and mental disorders and are among the most common and costly health problems facing Canadians. Many chronic diseases are controllable. Some chronic diseases have infectious origins and pose an additional, serious public health risk due to their communicability; HIV/AIDS are examples.³

Chronic conditions share fundamental themes: they carry on and require some level of health-care management. In addition, chronic conditions:

- are increasing throughout the world, accounting for 45.9 per cent of the global burden of disease;⁴ no country is immune to their effects; .
- are seriously challenging the efficiency and effectiveness of health-care systems and test our abilities to organize systems to meet increasing demands; and
- are engendering serious economic and social consequences and threaten health-care resources in every country.

Because of the volume of the population that either is at risk for a chronic disease or that has a chronic disease, there is growing recognition that population-based as well as patient-focused strategies must be developed. Chronic diseases are best managed through a continuum of health services, ranging from primary prevention to tertiary treatment of sickness. Population-based strategies address the social determinants of health and behavioural choices that lead to chronic disease. Patient treatment approaches include the development of health education, access to health-care teams, alternative care delivery systems, case management and best-practice guidelines. There is strong evidence that a common set of risk factors play a key role as precursors to chronic disease.

Section 2: Where are we now?

Primary risk factors

According to the World Health Organization (WHO) Report 2002⁵ Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, risk factors play a key role in the development of chronic diseases. Addressing these factors at population and patient levels can have a major effect in the prevalence and incidence of chronic diseases, such as diabetes and cardiovascular disease, in a relatively short time. The major risk factors, identified by WHO include:

- tobacco;
- alcohol;
- high blood pressure;
- physical inactivity;
- high cholesterol;
- obesity; and
- insufficient consumption of fruits and vegetables.

The following table profiles the relative prevalence of common risk behaviours in New Brunswickers and Canadian counterparts.

Figure 1: Risk behaviours among New Brunswickers and Canadians		
Lifestyle/health risk	NB	Canada
Current smokers ⁶	21.2%	19.2%
Obese (BMI >30) % ⁷	20%	14.9%
Physically inactive % ⁸	52.1%	46.9%
Alcohol use % ⁹	73.8%	79.3%
Insufficient consumption fruits and vegetables% ¹⁰	33%	38.3%
High blood pressure % ¹¹	19.8%	15.9%
High cholesterol ¹²	n/a	17%

These are preventable. Increased blood pressure, increased cholesterol, obesity and physical inactivity are strongly related to diet and activity. Simple strategies such as reducing salt, eliminating saturated fats, increased consumption of fruits and vegetables, and cutting out smoking have been shown to prevent significantly chronic disease or limit the progression of associated morbidity.

Learning from statistics

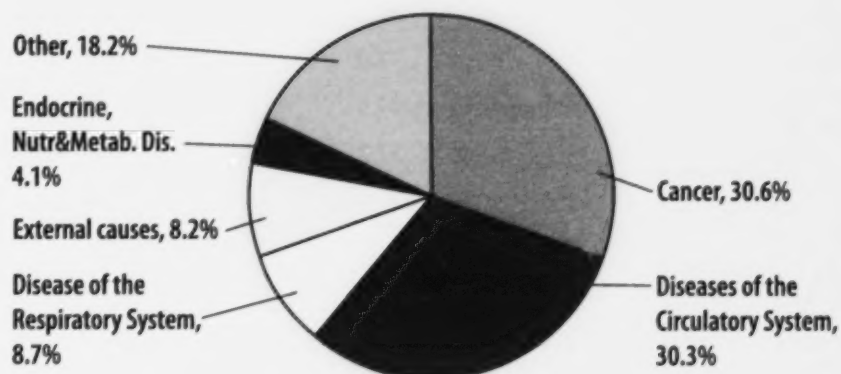
Common mortality indicators as well as data from the Canadian Community Health Survey (CCHS) provide useful information on the effects of chronic disease. The following tables review causes of mortality in New Brunswick, underlining the burden that chronic disease has inflicted.

The tables below profile percent leading causes of death in New Brunswick, age standardized mortality rates,¹³ potential years of life lost,¹⁴ and premature death. Cancer and diseases of the circulatory system are the top two leading causes, accounting for more than half of attributable mortality. These are both considered chronic conditions. These statistics and the research suggest that, while New Brunswickers and the health-care system are struggling with a burden of chronic disease, there is significant opportunity for improvement

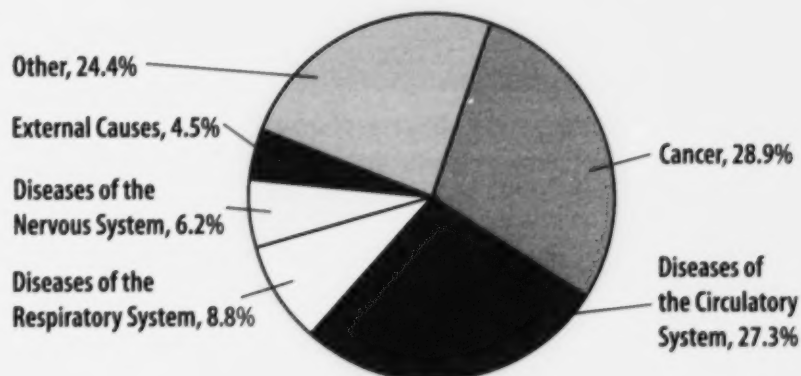
Cancer is the leading cause of death, potential years of life lost and premature death. More New Brunswickers die of cancer compared to Canadian population at large.

Figure 2: Percent distribution for leading causes of death

MALES-Percent distribution for leading causes of death in New Brunswick: 2006
(Preliminary data: OCMOH, 2009)



FEMALES-Percent distribution for the leading causes of death in New Brunswick: 2006
(Preliminary data: OCMOH, 2009)



Source: Office of the Chief Medical Officer of Health, Epidemiology Service, Department of Health, 2006 (preliminary data) (01/13/09)

Figure 3: Leading Causes of Death (ASMR per 100,000) in New Brunswick

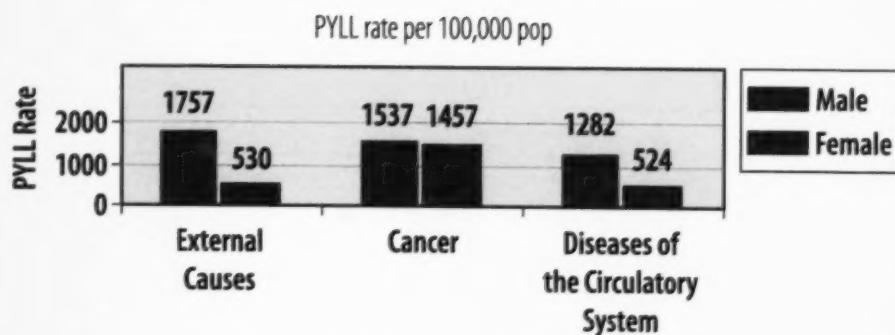
Leading Causes of Death (ASMR per 100,000 population) for New Brunswick 2006 and Canada 2004.

Males	NB	Canada
Cancer	206.0	212.0
Diseases of the Circulatory System	203.2	
External Causes	60.0	
Diseases of the Respiratory System	59.7	
Endocrine, Nut-Met	27.3	
All Causes	679.3	710.0

Females	NB 2006	Canada 2004
Cancer	146.0	147.0
Diseases of the Circulatory System	129.2	
Diseases of the Respiratory System	39.9	
Diseases of the Nervous System	29.4	
External Causes	27.3	
All Causes	485.1	465.6

Source: Office of the Chief Medical Officer of Health (preliminary data) 01/13/2009

Figure 4: Potential years of life lost: leading causes in New Brunswick, 2006



Source: Office of the Chief Medical Officer of Health, Epidemiology Service, Department of Health (preliminary data) (01/13/09)

Figure 5: Causes of premature death, Premature deaths (younger than 65 years) - causes for New Brunswick, 2006

Cause	Male n = 771		Female n = 441	
	Rank	%	Rank	%
Cancer	1	29.1	1	45.7
Diseases of the circulatory system	2	24.3	2	14.8
External causes	3	22.7	3	11.9
Diseases of the nervous system	7	3.1	4	5.0
Endocrine	5	3.9	5	4.6
Diseases of the respiratory system	6	3.2	6	4.4

Source: Office of the Chief Medical Officer of Health, Department of Health (preliminary data) (01/13/09)

Figure 6: Mortality counts and ASMR per 100,000 by gender

MALES	Deaths/Year	Percentage (%)	ASMR	
			NB	Can 2004
Lung	316	33.3	76.5	60.6
Prostrate	100	10.5	24.7	23.3
Colorectal	105	11.1	25.5	26.8
All Cancers	950	100.0	229.2	211.7

FEMALES	Deaths/Year	Percentage (%)	ASMR	
			NB	Can 2004
Lung	206	25.2	39.7	36.1
Breast	123	15.1	22.2	23.1
Colorectal	92	11.3	15.5	17.3
All cancers	817	100	148.4	147.1

Source: Cancer Registry, New Brunswick Cancer Network, 2006 Department of Health

Cancer has exacted a heavy toll on New Brunswickers, and it is linked to the basic risk factors. While lung cancer is the most common site of cancer and cause of death, 80 per cent to 90 per cent of cases are attributable to cigarette smoking. These deaths were almost entirely preventable. In a landmark study released by the World Cancer Research Fund (WCRF)¹⁵ and the American Institute for Cancer Research (AICR), scientists estimate that about one-third of cancer cases would be eliminated if eight simple recommendations for diet and exercise were followed:

1. Be as lean as possible within the normal range of body weight.
2. Be physically active as part of everyday life.
3. Limit consumption of energy-dense foods and sugary drinks.
4. Eat mostly foods of plant origin.
5. Limit consumption of red meat and avoid processed meats.
6. Limit alcohol.
7. Limit salt.
8. Aim to meet nutritional needs through diet alone.

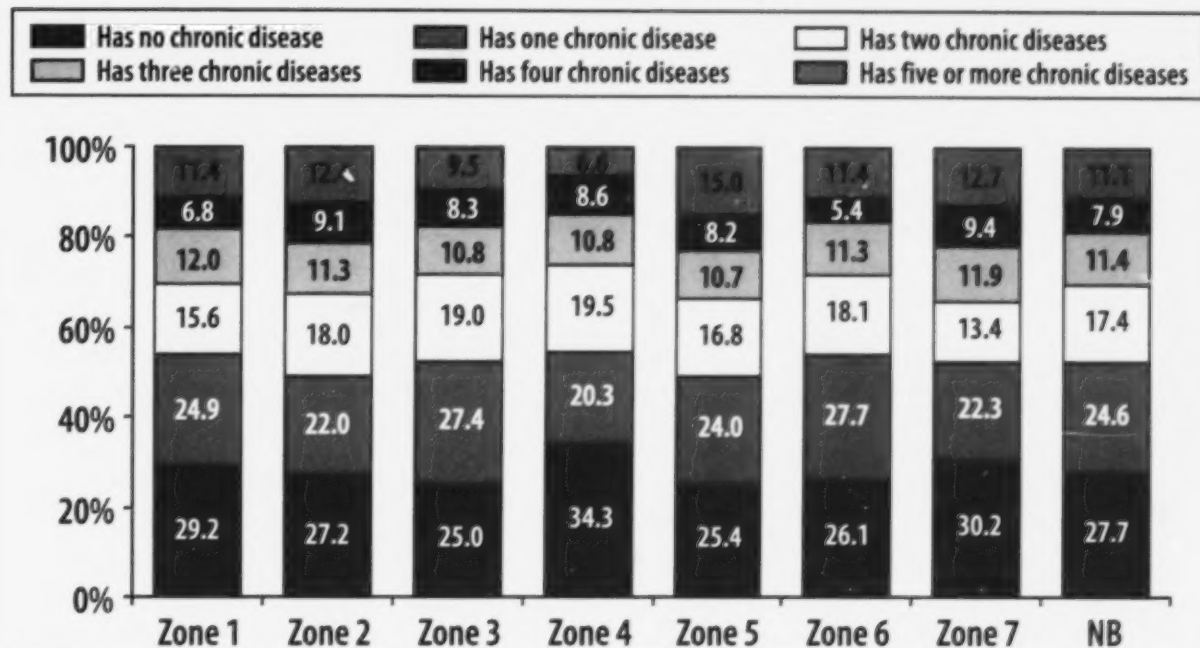
Cardiovascular disease (CVD = diseases of the circulatory system) is the second leading cause of death. The percent causes of death table show that one-third of New Brunswickers die from cardiovascular disease. The age standardized mortality rates table show that more New Brunswickers die from CVD compared to Canadian averages. Potential years of life lost and premature death table show that too many New Brunswickers are dying too early from CVD. Yet about 75 per cent of CVD can be attributed to the simple risk factors: high cholesterol, high blood pressure, low fruit and vegetable intake, inactive lifestyle and tobacco. The mortality associated with chronic disease demonstrates the significant cost for the individual, the family and society.

How significant is the challenge of chronic disease?

While the basic mortality reflects the final burden of chronic disease, the CCHS data are useful in understanding the breadth of the problem. CCHS is an ongoing national, surveillance survey designed to profile health status and concerns, through self-report in telephone and in-person interviews. In New Brunswick, 58 per cent of youth 12 to 17 reported having a chronic condition, with allergies, asthma and back problems being the most common. This increased to 74 per cent of adults 18 and older reporting a chronic condition, with arthritis, high blood pressure and asthma being the most common.

The chart below shows the breakdown of prevalence of chronic disease in individuals by health zone.

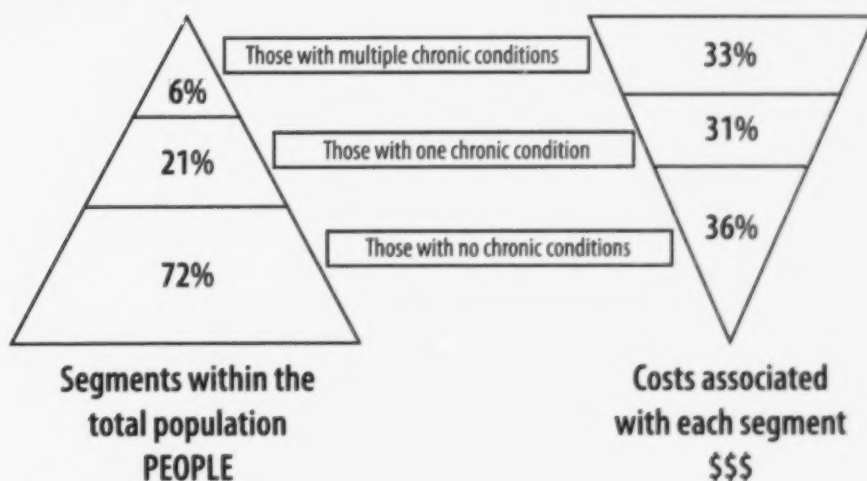
Figure 7: Prevalence of chronic disease among New Brunswickers



Source: Statistics Canada, CCHS Cycle 3.1, 2005

Kaiser Permanente is a large managed-care organization in the United States. This organization undertook a study of cost drivers in health-care services by examining the utilization patterns of its 8.4 million rostered patient population. Two-thirds of overall health resources were consumed by persons with chronic disease. The consensus was that this profile reflected a common trend in health-care resource use.

Figure 8: Health-care costs associated with chronic disease



Source: Kaiser Permanente Northern California commercial membership, DxCG methodology, 2001.

The increasing prevalence of chronic disease in the population, further complicated by the high percentage with multiple co-morbid chronic conditions, heightens the sense of urgency to develop better approaches to manage chronic diseases. The use of the health-care system is closely associated with the presence of chronic diseases. Patients with more than one chronic health condition use considerably more health care resources than healthier patients. Our efforts to build sustainable care systems must target the challenges created by the growing prevalence of chronic health conditions, with strategies directed to primary, secondary and tertiary levels of intervention.

Learning from Canadians who have chronic diseases

In 2007, the Health Council of Canada released a series of reports about chronic health conditions.¹⁶ Canadians with chronic illnesses used 51 per cent of general practitioner consultations, 55 per cent of specialist consultations, 67 per cent of nursing consultations and 72 per cent of nights spent in hospital. Canadians reported that, while they generally had access to physicians, often they were unable to have timely appointments. As a result, there was heavy reliance on hospital emergency rooms for primary health-care conditions. They also did not have access to a health-care team, although the importance of a health-care team for optimal comprehensive care has been well documented. The Canadian government spends a great deal on health care, yet almost 10 per cent of patients report that they did not fill a prescription or skipped medications due to cost. While there is heavy investment to help ensure access to doctors, this does not necessarily correlate to the quality of health-care services.

Several initiatives are exploring interdisciplinary primary health-care delivery teams such as the Family Health Teams (FHT) in Ontario, Group Health in Sault Ste. Marie, Ont., and the Chinook Primary Care Network in Alberta. These projects address many of the weaknesses that have been recognized by Canadian patients. Typically the team had extended service hours as well as after-hours access to better meet patients' needs in timely fashions. The team also focused on improved chronic disease management, disease prevention and health promotion in partnership with other community-based organizations.¹⁷ Cited outcomes include improved use of best practices for chronic disease management resulting in decreased hospital admissions, decreased emergency room visits, improved monitoring and control of diabetes and improved screening for breast and colorectal cancer.¹⁸

Section 3: Where do we want to go?

A provincial mandate

The Charter for Change and the Provincial Health Plan 2008-2012 support the development of a provincial chronic care strategy that will address diseases such as mood disorders, diabetes, arthritis and HIV/AIDS. Such a strategy should be comprehensive enough to apply to all chronic diseases while addressing the underlying social determinants of health and health disparities that are common precursors for chronic illnesses.

Dealing with chronic conditions

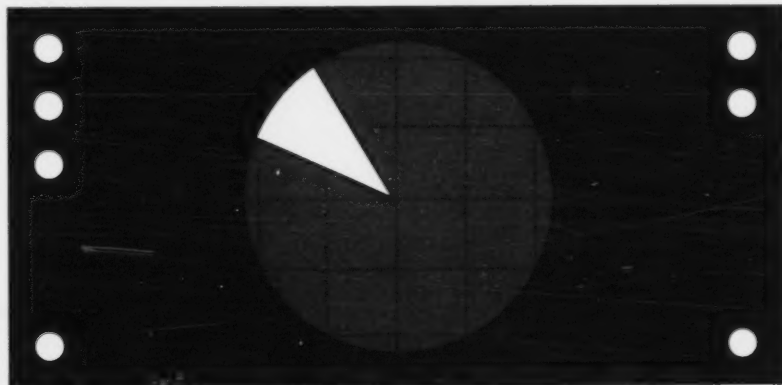
A fiscal, moral and resource imperative is driving the need for transforming health services. New Brunswickers have clearly identified the need to improve timely access to health-care services and to a wider team of providers. There is increasing interest in learning more about staying well. There is a growing shortage of skilled providers, further highlighting the need to offer care differently. Research has clearly established that often care does not reflect evidence-based best practices. New Brunswickers want to know that they are receiving the best care possible from their tax dollars. Knowing where we need to go will provide direction for how health services need to be reorganized.

Changing the mindset in primary health-care services: Shift to "prevent it, find it and manage it" from "find it and fix it."

While the global disease burden has been shifting towards chronic conditions, care is still focused on acute and emergent symptoms; which is not the best approach for chronic disease management.

The RADAR Syndrome

Patient appears
Patient is treated
Patient is discharged...then disappears from radar screen



"In most places, the patient appears, the patient is treated by 'find it and fix it' medicine, they are then discharged and then they quickly disappear from the radar screen.."¹⁹

The system needs to shift to support the care processes of *prevent it, find it and manage it*.

Changing the role of information: Data-use, moves from passive to active, guiding health care at the patient and population level

Strong information networks must be created to provide critical data at the population level and the patient level to enable effective and efficient resource allocation and service delivery. As an example, health systems do not support planned and comprehensive follow-up for patients with chronic conditions to ensure the best outcomes.^{20,21,22,23} Health-care systems were developed to address acute-care needs. Decision-makers need information about the type of health problems, how health-care services are being allocated to address these challenges and how effective these measures have been. Providers need access to electronic information systems to support access to reliable medical information as well as improving communication with patients by follow-up reminders. Patients need access to information about their health to help them care for themselves.

Changing the role of the patient: The patient as chief executive officer of his or her personal health

New Brunswickers are shifting from a vague responsibility in their personal state of health and wellness to explicit responsibility in managing their personal health and wellness, seeking support from the health-care system when needed. They become the chief executive officer of a personal health team.

This will require a shift in the power balance in the social structure of health-related relationships. Patients will also need to be educated, and the health-care system must provide consistent and comprehensive information to enable self-management. Sometimes even with the appropriate information and support, some patients have a difficult time finding the motivation to make the desired lifestyle changes.^{24,25,26}

Changing the role of the community: involving communities as partners in health and wellness

Health care is often poorly organized to make the best use of community programs. This is especially problematic in low-resource settings, where primary-care services cannot meet health needs. Community linkages to organizations such as consumer groups and non-governmental organizations provide significant benefit to patients and families through mutual support groups, health charities, etc. There is also a need for all levels and branches of government to ensure that our broad environment is supported and protected through a healthy public policy lens.

Changing the focus from illness to wellness: prevention is underused

Chronic conditions are largely preventable. We need to develop effective public-health strategies that target health and wellness. This includes development of policies when appropriate that discourage unhealthy behaviours and that make healthy choices the easy choice. For example, advertising directed at children, and unhealthy food, nutrition labeling, guidelines about use of saturated fats, added salt, etc. in prepared foods, may all play key roles in changing dietary habits of the population. All provider-patient interactions should be used as opportunities to inform patients about health promotion and disease prevention strategies. A common example is the consistent tobacco intervention, ask and advise, that is encouraged by the medical community. Given information about making appropriate choices, patients and their families have the option to act to improve their health. With the help of health care personnel, patients can engage in behaviours that prevent the onset of chronic conditions or delay complications. However, they need knowledge, motivation, and skills to do so. Change management strategies should include lay and professional facilitators who are trained and skilled in patient empowerment and behaviour change models which include problem-solving. To prevent and reduce complications related to chronic conditions, prevention and health promotion should be part of every health-care encounter.²⁷

Section 4: How are we going to get there?

Chronic Care Model

The Chronic Care Model was developed by Dr. E. Wagner in the United States. The Robert Wood Johnson Foundation sponsored the development of an effective clinically oriented service framework to support the care of persons with chronic illnesses. The Chronic Care Model integrates multiple components to improve the management of patients with chronic illnesses. This model provides a blueprint to guide renewal of a health-care system. Past efforts to reorganize chronic disease management focused on single interventions or initiatives. In a sense, the series of one-off solutions mirrored the traditional health-care system "find it and fix it" model. These solutions were less likely to be successful or have sustained outcomes. The approaches that were more successful incorporated a number of strategies.

A meta-analysis of successful and non-successful programs led to the development of the Chronic Care Model. This model has been widely studied since 2000. The Cochrane data base has completed a meta-analysis of these studies. As well, the RAND Group was contracted to study the effectiveness of the model. From 1999 to 2000, more than 15 studies involving four sites and more than 4,000 patients were conducted and analyzed. Finding highlights include:

- organizations were able to improve, making an average of 48 changes in 5.8 out of the six CCM areas;
- patients with diabetes had significant decreases to their risk of cardiovascular disease;
- congestive heart failure pilot patients were more knowledgeable and more often on recommended therapy, had 35 per cent fewer hospital days; and
- asthma and diabetes pilot patients were more likely to receive appropriate therapy.

The model is promoted by the Institute for Health Care Improvement, which includes a variety of quality improvement tools.²⁸ There is also a website supporting the Chronic Care Model.²⁹ It incorporates the basic components necessary for improving health care from a systems perspective: the community, the health-care organization, the practice and the patient levels. This model can be applied to specific chronic illnesses, and it establishes a common template for care improvement strategies. It recognizes that chronic illnesses share common features. Because of this, it is possible to design effective programs that will support quality improvement across a number of chronic diseases without necessarily being disease-specific. Yet it can also guide the development of disease specific programs, enabling the development of key infrastructure that cuts across chronic illnesses, synergizing investments and eliminating the need for siloed resources. The model maintains a core commitment to the patient.

If chronic disease management recognizes that its role is to improve the quality of life for numerous individuals, it will have done its task....But if its only purpose is to save the health systems money, then it will fail. But if it combines the knowledge, energies and interests of individual people with the expertise and understanding of health care professionals and the resources and power of health care systems, it will be an unbeatable combination.

(H. Cayton, (2004) Conference Presentation From ideas to action: improving chronic disease management, London, 18 May 2004)³⁰

The model was later adapted to enhance a focus on the community and the challenges associated with the social determinants of health. This highlighted the importance of healthy public policy and the broader environment in supporting health and wellness. The following Expanded Chronic Care Model has been widely adopted within the Canadian context. A complete description of the model components follows.³¹

Figure 9: Expanded Chronic Care Model



Created by: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts & Dariana Ravanadale (2002)
 Adapted from Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E. Curry, S., Solberg, L. (2001). Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*, 79 (4), and World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association, (1986). Ottawa Charter of Health Promotion.

These core descriptions are modified from the IHI website to the New Brunswick context
<http://www.ihi.org/IHI/Topics/ChronicConditions/AllConditions/Changes/>

Description of core elements	Structural component/criteria	Example
Health system: organization of health care. Chronic illness management programs can be more effective if the overall system (organization) is led in a manner that allows for a focus on chronic illness care.	• Overall organizational leadership in chronic illness care • Organizational goals for chronic care • Improvement strategy for chronic illness care • Incentives and regulations for chronic illness care • Senior leaders are involved	Chronic care is addressed in the regional long-term planning strategy with dedicated resources and established accountability. There is an ongoing process of goal setting, measurement and evaluation. There are established incentives and regulations to motivate and empower providers to support goal attainment. Senior leaders visibly participate.

Health-care systems can create an environment in which organized efforts to improve the care of persons with chronic illness take hold and flourish. All levels of the organization support high-quality care. There is effective improvement strategies aimed at comprehensive system change. This includes the open and systematic handling of errors and quality problems. There are agreements to facilitate care co-ordination within and across organizations.

In the ECCM, the core elements of the health care system are understood as existing within a free flowing system where in there is a flow of ideas, resources and persons between the community and the health system.

Description of core elements	Structural component/criteria	Example
1. Self-management/ Develop personal skills Effective self-management support can help patients and families cope with the challenges of living with and treating of chronic illness and reduce complications and symptoms. Effective self-management is very different from telling patients what to do. Patients have a central role in determining their care – one that fosters a sense of responsibility for their health. Use effective self-management support strategies that include assessment, goal setting, and action planning, problem-solving and follow-up. Organize internal and community resources to provide ongoing self-management support to patients. Patients develop personal skills to maintain their health and wellness.	• Assessment and documentation of self-management needs and activities • Self-management support activity (information, classes) • Addressing concerns of patients and families (peer support, groups) • Effective behaviour change interventions and peer support	Self-care is regularly assessed and recorded using a form linked to a treatment plan. Patient educators are trained in patient empowerment and behaviour change strategies, and they see most patients with chronic illness. Peer support and groups are strategies that are used. This would also include how information is provided to patients, their comfort and ease with navigating the health-care system, etc. Critical telephone numbers such as for the Telecare, should be conveniently available in multiple locations so patients do not have to search for the number. Using customer experiences to help map services are useful tools for better understanding the patient as consumer. New Brunswick initiatives: My Choices My Health: a six-session module on goal setting, action planning, managing common challenges in chronic disease My Care Anywhere, patient portal for chronic disease being piloted. Expanded Telecare activities Improved access to self and family resources to cope with children affected by Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)
2. Delivery system design /re-orient health services Evidence suggests that effective chronic illness management involves more than simply adding additional interventions to a system focused on acute care. It may necessitate changes to the organization of practice that affects care. The delivery of patient care requires determining what care is needed and clarifying roles and tasks to ensure the patient gets the care; making sure that all the clinicians who take care of a patient have centralized, up-to-date information about the patient's status; and making follow-up a part of standard procedure. Clinical case management is available for complex patients. Care is culturally appropriate and offers a provision of clinical and curative services in an expanded, holistic mandate, where health, not illness underpins health-care services.	• Practise team functioning (team meetings, roles and accountability defined) • Practise team leadership (leader appointed) • Appointment system for scheduling and follow-ups • Follow-up • Planned visits for chronic illness care • Continuity of care (co-ordination between primary-care providers and specialists)	Teams are established, with regular team meetings and clearly defined roles that support patient self-management education, follow-up, resource allocation and co-ordination, etc. There is a team leader who is accountable. When possible care by multiple providers are coordinated in a single visit. Follow-up strategies are customized to best match with the patient. There is ongoing assessment, monitoring and preventive interventions. Care is actively co-ordinated among primary care, specialists and community partners. NB initiatives: Family practice teams in primary care settings. Expanded, additional CHC sites Methadone support for those with opioid addictions

Description of core elements	Structural component/criteria	Example
		Development of Restigouche Hospital Centre design to improve care of patient with mental disorders Improved mobile crisis intervention Evaluation and planning regarding provincial services for youth (CAPU, Pierre Caissie Centre) Integrated Service Delivery (Connecting the Dots)

3. Decision support

Effective chronic illness management programs assure that providers have access to evidence-based information necessary to care for patients. This includes evidence-based practice guidelines or protocols, specialty consultation, provider education and activating patients to make provider teams aware of effective therapies.

Treatment decisions need to be based on explicit, proven guidelines supported by research evidence. Health-care organizations creatively integrate explicit, proven guidelines into the day-to-day practice of the primary care providers in an accessible and easy-to-use manner. Guidelines and information are shared with patients to encourage their participation. Providers are updated using proven educational approaches. Specialists are integrated to provide support and expertise as required. This includes health promotion professionals who assist the general practitioner with community-based best practices.

- Evidence-based guidelines
- Involvement of specialists in improving primary care
- Provider education for chronic illness care
- Informing patients about guidelines

The evidence-based guidelines are available and reinforced with provider education and behaviour change strategies. Specialist provides support to primary care delivery. Patients are also provided with specific material related to meeting guideline objectives.

NB initiatives:

DM2 : research project exploring use of decision support tool and rapid access to specialist clinic

Purkinje electronic medical record (EMR) in CHC settings: expanded use to include clinical templates for best practices

Description of core elements	Structural component/criteria	Example
4. Clinical Information System Timely useful information about individual patients and populations of patients with chronic conditions is a critical feature of effective programs, especially those that employ population based approaches. A registry — an information system that can track individual patients as well as populations of patients — is a necessity when managing chronic illness or preventive care. This enables the provision of timely reminders, identifies specific target populations and facilitates individual care-planning. Ongoing surveillance of both disease and treatment as well as on population health behaviours related to being well and staying healthy is in place to inform ongoing quality improvement. This surveillance is able to take advantage of information systems within traditional health-care systems as well as in the community.	• Registry (list of patients with specific conditions) • Reminders to providers • Feedback for the team • Information about relevant subgroups of patients needing services • Patient treatment plans (collaborative care plans)	There are registries, tied to guidelines which provide prompts and reminders about needed services. This includes specific reminders for the team on guideline adherence during the patient visit. The team receives ongoing feedback through a team leader on their performance and patient population profiles. Patient treatment plans are established including self management goals and are actively used in treatment. NB initiatives: OPOR implementation. Ongoing discussions regarding electronic medical record (EMR's) Patient portal roll out (My Care Anywhere).
Community Linkages between the health delivery system (or provider practice) and community resources play important roles in the management of chronic illness. To improve the health of the population, health-care organizations reach out to form powerful alliances and partnerships with provincial programs, local agencies, schools, faith organizations, businesses, and clubs. Partnerships are formed with community organizations to support and develop interventions that fill gaps in services. Patients are encouraged to participate in community programs. There is advocacy for policy changes to improve patient care.	There is active co-ordination among the health system, community service agencies and patients. This includes formal policies and support structures. The regional health authority health plan should recognize, assign resources and monitor activity directed at the major chronic illnesses NB initiatives Establishment of periodic meetings with non-governmental organizations and stakeholders Establishment of community advisory committees in community health centers (CHC's) Integration of non-governmental organizations in developing and extending My Choices My Health leadership training and recruitment	There is active co-ordination among the health system, community service agencies and patients. This includes formal policies and support structures. The regional health authority health plan should recognize, assign resources and monitor activity directed at the major chronic illnesses NB initiatives Establishment of periodic meetings with non-governmental organizations and stakeholders Establishment of community advisory committees in community health centers (CHC's) Integration of non-governmental organizations in developing and extending My Choices My Health leadership training and recruitment
1. Build healthy public policy To support the development of government policy and legislation that reduces social inequities and health disparities. Ultimately policy development should enable healthy choices being the easy choices on individual, business, organizational and governmental levels.	• Partnerships with community organizations	Development and implementation of policies designed to improve health such as: • smoking bylaws; • walking trails; and • restricted alcohol access such as through limited happy hours costing. NB initiatives: Continued development of legislation directed at tobacco. Changes to young drivers legislation including increased time to qualify for unrestricted licence

Description of core elements	Structural component/criteria	Example
2. Create supportive environments This actively addresses health disparities related to housing, employment etc, as well as developing safe social environment through appropriate highways, public transportation, etc.	- National, provincial, municipal planning actively targets community life that is stimulating, satisfying and enjoyable. - Linking patients to outside resources	Maintaining disabled or seniors in their homes as long as possible, development of affordable, available public transportation systems, innovative employment companies Supporting peer support groups such as mental health activity centres. NB initiatives: Adoption of healthy menus in school cafeterias Modifications to long-term care Awareness campaigns (gambling, addiction social marketing campaign, suicide prevention)
3. Strengthen community action This actively engages community members in setting priorities and achieving goals that meet the needs of the population. Health-care providers can play an active role as advocates, particularly for disadvantaged populations.	Regional health plans that reflect co-ordination of chronic illness care	Safe affordable housing Development and support for community support groups that assist individuals living with chronic illnesses NB initiatives Development of a provincial diabetes task group to provide advice on a diabetes strategy Youth Engagement Consumer and family initiatives – (activity centres, Strengthening Families)
Overall integration of Chronic Care Model elements Effective systems of care integrate and combine all elements of the Chronic Care Model, ie., linking patients' self management goals to information systems/registries.	- Informing patients about guidelines - Information system/registries - Community programs (provide feedback to the system about patient's progress) - Organizational planning for chronic illness care (utilization data for planning) - Routine follow-up for appointments, patient assessment and goal planning (case manager) - Guidelines for chronic illness care shared with patients	Specific material is developed for patients, describing their role in achieving guideline adherence. The Information system monitors results with the goals of the comprehensive care plan. Reminders are generated for providers and patient regarding follow-up, etc. Community partners regularly update the team about ongoing improvements to best meet patient needs and further opportunities. There are resources and processes assigned to ensure change management, follow-up and co-ordination.

The Expanded Chronic Care Model provides a simple yet robust framework to guide a chronic disease strategy for New Brunswickers. It creates a focus on optimal care that is achievable and sustainable, based on evidence and in the context of everyday life and primary health care. This system approach engages health services within the context of community and enables stakeholders to define how they will contribute to improved services and better outcomes. It empowers regional health authorities, primary-care providers, patients, non-government agencies and the government to work together, developing resources and building on existing infrastructure. It targets where infrastructure investments may be best positioned to achieve the long-term vision for a sustainable, first-class health-care system for a self-sufficient New Brunswick.

This speaks to the flexibility and responsiveness of the model to respond to the physical, social and political environment and successfully bridge the changing landscape of health services with patient/community health.

Conclusion

The development of a chronic disease management strategy that succeeds in renewing, revitalizing and sustaining excellence in health services for New Brunswickers can be attained through the adoption and implementation of the Expanded Chronic Care Model. We need to take advantage of lessons learned and acknowledge the overlapping nature of risk factors and the commonality of interventions. The Expanded Chronic Care Model and the supporting change management process have provided significant strategic benefit in jurisdictions across Canada. This model is consistent with the guiding principles that have been suggested by stakeholders and is supported by abundant research. This model provides an organizing framework within which we can improve chronic care in New Brunswick.

This framework is a starting point for a common vision. From that, additional work will be needed in collaboration with stakeholders to recommend a course of action based on what is already in place, best practices, and the model outlined in this document. Within the action plan, some components can be implemented within existing resources; others, however, will require improvements and investments in the system (eg., clinical information system, decision support tools for providers, training for providers and patients and others). The model helps to provide a blueprint to guide resource allocation, allowing decision-makers to develop action plans that include benchmarks and outcomes to guide ongoing quality improvement.

Endnotes

- 1 <http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2007/outcomes2/Outcomes2PopulationPatternsFINAL.pdf>. This was collected through self-reported data in the Canadian Community Health Survey (Cycle 3.1). The respondents who reported were diagnosed with one or more of seven chronic health conditions: arthritis, cancer, chronic high blood pressure, mood disorders, cardiovascular disease, diabetes, COPD.
- 2 Province of New Brunswick, (2008.04) The Provincial Health Plan 2008-2012. p4.
- 3 http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/topics/chronic-disease_e.html
- 4 WHO (2008) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/riskfactors/en/index.html>
- 5 WHO (2008) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/riskfactors/en/index.html>
- 6 Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) 2007 http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2007/ann-table2-eng.php .
- 7 <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-e.pdf> p.39
- 8 <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-e.pdf> p.36
- 9 Canadian Centre on Substance Abuse (2004) Canadian Addiction Survey <http://www.ccsa.ca/2004%20CCSA%20Documents/ccsa-004804-2004.pdf>
- 10 Personal Communication Marlien McKay DWCS (Statistics Canada, CCHC 3.1 Sub Sample File 2006)
- 11 Statistics Canada, CCHC Cycle 4.1, 2007.
- 12 WHO Chronic Diseases <http://www.who.int/infobase/reportviewer.aspx?rptcode=ALL&uncode=124&dm=24&surveycode=100152a1>
- 13 AGE STANDARDIZED MORTALITY RATE (ASMR) The mortality rates were standardized to the 1991 Canadian population age distribution. Because the incidence or mortality increases with age, the age-standardized rate allows populations with different age demographics to be more accurately compared.
- 14 Potential Years of Life Lost (PYLL) Last Updated: Jan. 24, 2006. Definition: An indicator of premature mortality (death before age 75), which gives greater weight to causes of death occurring at a younger age than to those at later ages. This measure is calculated by subtracting the actual age of death from 75, dividing the total potential years of life lost by the total population under age 75, and then presented as "years lost per thousand people". NOTE: some "older" methods use age 70 for calculating years of life lost. By emphasizing the loss of life at an early age, PYLL focuses attention on the need to deal with the major causes of such early deaths – cancer, accidents and cardiovascular disease – to improve health status. PYLL has also been found to vary with characteristics such as sex, socio-economic status and place of residence. http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/concept/thesaurus/thesaurus_P.html#PYLL
- 15 Cancer Prevention Policy Report (2007) http://www.wcrf-uk.org/research/cp_policy_report.php
- 16 Health Council of Canada (2007). Why Health Care Renewal Matters: Learning from Canadians with Chronic Health Conditions and Canadians . Toronto: Health Council. www.healthcouncil-canada.ca
- 17 http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/fht_mn.html
- 18 Group Health Centre, <http://www.ghc.on.ca/programs/content.html?slD=30> Dr. R. Wedell, (September 2008). Personal Communication
- 19 Conference proceedings From Ideas to Action, Improving Chronic Disease Management, (May 18, 2004) Summary of speech by Dr. Rafael Bengoa, director for management of chronic diseases, World Health Organization. http://www.natpact.nhs.uk/eventmanager/uploads/cdm_event__rafael_bengoa1.ppt#265,10,Slide 10
- 20 Institute of Medicine. (2001) Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press.
- 21 Schoen C., Osborn R., Huynh P.T., et al. Taking the pulse of health care systems: Experiences of patients with health problems in six countries. Health Affairs. November 2005; [Epub ahead of print]. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/ChronicConditions/AllConditions/Literature/TakingthepulseofhealthcaresystemsExperiencesofpatientswithhealthproblemsinsixcountries.htm>

- 22 Leatherman S., Berwick D., Iles D., et al. The business case for quality: Case studies and an analysis. *Health Affairs*. 2003;22(2):17-30 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=12674405&query_hl=3&itool=pubmed_docsum
- 23 http://www.natpact.nhs.uk/eventmanager/uploads/cdm_event__rafael_bengoa1.ppt#256,1, Welcome to the National Event.
- 24 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=16426280&query_hl=6&itool=pubmed_docsum Christian A.H., Mills T., Simpson S.L., Mosca L. (2006) Quality of Cardiovascular Disease Preventive Care and Physician/Practice Characteristics *J Gen Intern Med*. Jan. 20; [Epub ahead of print]
- 25 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=15997043&query_hl=20&itool=pubmed_DocSum Ducharme A., Doyon O., White M., Rouleau J.L., Brophy J.M. (2005) Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *CMAJ*. July 5;173(1):53-4.
- 26 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=14581307&query_hl=20&itool=pubmed_DocSum Young, W., Rewa, G., Goodman, S.G., Jaglal, S.B., Cash, L., Lefkowitz, C., Coyte, P.C. (2004) Evaluation of a community-based inner-city disease management program for postmyocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *ACP J Club*. July-August;141(1):4.
- 27 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=16046654&query_hl=4&itool=pubmed_DocSum Pham H.H., Schrag D., Hargraves J.L., Bach P.B. (2005) Delivery of preventive services to older adults by primary care physicians. *JAMA*. July 27;294(4):473-81.
- 28 <http://www.ihi.org/ihi>
- 29 <http://www.improvingchroniccare.org/change/index.html>
- 30 http://www.dh.gov.uk/NewsHome/ConferenceAndEventReports/ConferenceReportsConferenceReportsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4082916&chk=M/ukGs
- 31 The structural component/criteria have been borrowed from the ACIC (Assessment of Chronic Illness Care) tool on Improving Chronic Illness Care website based on the Wagner Chronic Care Model <http://www.improvingchroniccare.org/tools/acic.html>

Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques pour le Nouveau-Brunswick

Unité des soins de santé primaires
Division des services de traitement des dépendances,
de santé mentale et de soins de santé primaires
Ministère de la Santé

Soyez engagé

Notre santé, notre avenir



New  Nouveau
Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

Table des matières

SOMMAIRE	2
SECTION 1 : CONTEXTE.....	3
Que sont les maladies chroniques?	3
SECTION 2 : OÙ EN SOMMES-NOUS?.....	4
Principaux facteurs de risque.....	4
Tirer des leçons des statistiques	5
Quelle est l'ampleur du problème?	8
Apprendre des Canadiens souffrant de maladies chroniques.....	10
SECTION 3 : OÙ VOULONS-NOUS ALLER?	11
Un mandat provincial	11
Faire face aux conditions chroniques	11
SECTION 4 : COMMENT NOUS RENDRONS-NOUS LÀ?	13
Modèle de soins aux malades chroniques	13
CONCLUSION	20
FIGURES	
Figure 1 : Facteurs de risque chez les Néo-Brunswickois et les Canadiens	4
Figure 2 : Distribution en pourcentage des principales causes de décès	5
Figure 3 : Principales causes de décès au Nouveau-Brunswick (taux comparatif de mortalité).....	6
Figure 4 : Années potentielles de vie perdue au Nouveau-Brunswick, 2006	6
Figure 5 : Causes de décès prématurés	7
Figure 6 : Mortalité et TCM par 100 000 habitants par sexe.....	7
Figure 7 : Prévalence des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois.....	9
Figure 8 : Coûts des soins de santé liés aux maladies chroniques.....	9
Figure 9 : Modèle élargi de soins aux malades chroniques.....	14

Sommaire

L'objectif de ce document est de présenter brièvement pourquoi il est nécessaire d'adopter une stratégie sur la gestion des maladies chroniques au Nouveau-Brunswick et d'expliquer le contexte. Les maladies chroniques, qui comprennent les maladies persistantes, sont les inducteurs de coûts les plus importants pour le système de santé. En général, ces maladies ne peuvent être prévenues par des vaccins ou guéries grâce à des médicaments. Elles ne disparaissent pas d'elles-mêmes. Plusieurs maladies chroniques se développent lentement, au fil du temps, en raison de comportements dommageables pour la santé. La gestion des maladies et des conditions chroniques représente un défi de taille pour le système de santé et des changements sont nécessaires pour mieux gérer ces problèmes de santé complexes.

En 2007, le Conseil en matière de qualité de la santé a publié un rapport sur les caractéristiques et la prévalence de la santé et des soins de santé utilisés par les Canadiens aux prises avec des maladies chroniques sélectionnées¹. Un tiers des Canadiens a signalé avoir eu un diagnostic d'au moins une des sept conditions physique ou mentale chroniques visées par l'étude. Nos efforts visant à créer un système de santé durable doivent cibler les défis créés par cette prévalence croissante. Il existe des preuves solides que si les maladies chroniques créent un fardeau économique et social grave, il y a amplement d'occasions de réduire et de gérer ce fardeau. Le *Plan provincial de la santé 2008-2012* réitère ce besoin et cet engagement envers une meilleure gestion des problèmes de santé à long terme.

(le système de santé) doit subir une transformation qui permet de mettre l'accent sur les résultats, l'efficacité opérationnelle, l'excellence clinique et la durabilité à long terme².

La Robert Wood Johnson Foundation a parrainé les travaux du Dr E. Wagner aux États-Unis, dont le but était d'élaborer un cadre de services axés sur les soins cliniques pour appuyer les soins aux personnes ayant des maladies chroniques. Ces travaux ont mené à l'élaboration du Modèle de soins aux malades chroniques (MSMC), qui intègre de multiples composantes afin d'améliorer la gestion des patients souffrant de maladies chroniques. Le modèle a fait l'objet de nombreuses études depuis 2000. La base de données Cochrane a effectué une méta-analyse de ces études. De plus, le Rand Group a reçu le mandat d'analyser l'efficacité du modèle. Depuis 1999-2000, plus de 15 études distinctes regroupant quatre sites et plus de 4 000 patients ont été effectuées et analysées. Voici un aperçu des conclusions de ces études :

- les organisations ont été en mesure de s'améliorer, apportant en moyenne 48 modifications dans 5,8 des six aspects du MSMC;
- les patients souffrant de diabète ont vu diminuer grandement leurs risques de maladies cardiovasculaires;
- les patients pilotes souffrant d'insuffisance cardiaque congestive connaissaient mieux leur condition et, lorsqu'ils suivaient la thérapie recommandée, comptaient 35 pour cent de moins de jours d'hospitalisation;
- les patients pilotes souffrant d'asthme et de diabète étaient plus susceptibles d'obtenir la thérapie appropriée.

Le modèle de soins aux malades chroniques élargi est un cadre systémique de prévention et de gestion des maladies chroniques qui servira de guide pour la transformation du système de soins de santé. Ce modèle dresse la liste des principaux éléments qui fonctionnent ensemble; il crée l'environnement social pour la prestation de soins de santé. Le système de soins de santé est décrit dans le contexte de la collectivité élargie et on précise que la collectivité joue un rôle important dans la façon dont les services de santé sont offerts. L'influence de la collectivité découle de la politique publique, de l'environnement de soutien et de l'engagement public. Les principales composantes du système de soins de santé sont la conception du système de prestation de soins, le système d'information, l'autogestion des patients et le soutien à la prise de décisions. Ce modèle sert de plan directeur qui guide les efforts, les activités et les améliorations de la prestation de soins de santé primaires à tous les Néo-Brunswickois souffrant de maladies chroniques.

Section 1 : Contexte

Que sont les maladies chroniques?

Les maladies chroniques englobent les maladies qui persistent. En général, elles ne peuvent être prévenues par des vaccins ni soignées par des médicaments. Elles ne disparaissent jamais. Plusieurs maladies chroniques se développent lentement au fil du temps en raison de comportements nuisibles pour la santé.

Les maladies chroniques sont habituellement accompagnées de facteurs de risque préexistants, de débuts vagues, de longues périodes de latence, d'affliction prolongée et sont plus tard associées à des déficiences ou à des handicaps fonctionnels. Les maladies chroniques englobent les troubles physiques et mentaux et sont parmi les problèmes de santé les plus fréquents et les plus coûteux affligeant les Canadiens. Plusieurs maladies chroniques sont contrôlables. Certaines maladies chroniques sont d'origine infectieuse et présentent un risque additionnel grave pour la santé publique en raison de leur communicabilité, par exemple le VIH/SIDA³.

Les conditions chroniques partagent certains aspects fondamentaux : elles exigent un certain niveau de gestion des soins de santé au fil du temps. De plus, les conditions chroniques :

- augmentent de par le monde et représentent 45,9 pour cent des maladies dominantes mondiales⁴. Aucun pays n'est à l'abri de ces maladies;
- mettent gravement en péril l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé actuels et mettent au défi notre capacité à organiser des systèmes permettant de répondre à la demande accrue;
- ont des répercussions économiques et sociales importantes et menacent les ressources en soins de santé de tous les pays.

En raison du pourcentage important de la population qui est soit à risque de développer une maladie chronique ou qui en a déjà une, on reconnaît de plus en plus qu'il faut élaborer des stratégies basées sur la population et axées sur les patients. Les maladies chroniques sont gérées le plus efficacement par un continuum de services de santé, qui va de la prévention primaire au traitement tertiaire des maladies. Les stratégies basées sur la population portent sur les déterminants sociaux de la santé et sur les choix comportementaux ayant mené à l'apparition des maladies chroniques. Les approches relatives au traitement des patients comprennent la création d'un programme d'éducation sur la santé, l'accès aux équipes de soins de santé, des systèmes de prestation de soins alternatifs, la gestion des cas, des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, etc. Il existe plusieurs éléments prouvant qu'un ensemble commun de facteurs de risque joue un rôle de précurseur des maladies chroniques.

Section 2 : Où en sommes-nous?

Principaux facteurs de risque

Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2002⁵ intitulé *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, les facteurs de risque jouent un rôle clé dans le développement des maladies chroniques. L'atténuation de ces facteurs chez la population en général et chez les patients peut avoir des répercussions importantes sur la prévalence et l'incidence des maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires relativement rapidement. Les principaux facteurs de risque, relevés par l'OMS sont :

- Le tabagisme
- La consommation d'alcool
- L'hypertension artérielle
- L'inactivité physique
- Un taux élevé de cholestérol
- L'obésité
- Une consommation insuffisante de fruits et de légumes

Le tableau suivant présente l'incidence des risques communs et évitables au Nouveau-Brunswick et les compare au risque dans le reste du Canada :

Figure 1 : Facteurs de risque chez les Néo-Brunswickois et les Canadiens		
Mode de vie/risque pour la santé	N.-B.	Canada
Tabagisme ⁶	21,2	19,2
Obésité (IMC >30) % ⁷	20	14,9
Inactivité physique % ⁸	52,1	46,9
Consommation d'alcool % ⁹	73,8	79,3
Consommation insuffisante de fruits et de légumes % ¹⁰	33	38,3
Hypertension artérielle % ¹¹	19,8	15,9
Taux de cholestérol élevé ¹²	s/o	17

Ces risques sont évitables. L'hypertension artérielle, le taux de cholestérol élevé, l'obésité et l'inactivité physique sont étroitement reliés à la diète et à l'activité. Des stratégies simples, comme consommer moins de sel et de gras saturés et plus de légumes et de fruits et cesser de fumer, sont des moyens éprouvés permettant de prévenir les maladies chroniques ou de limiter la progression de la morbidité connexe.

Tirer des leçons des statistiques

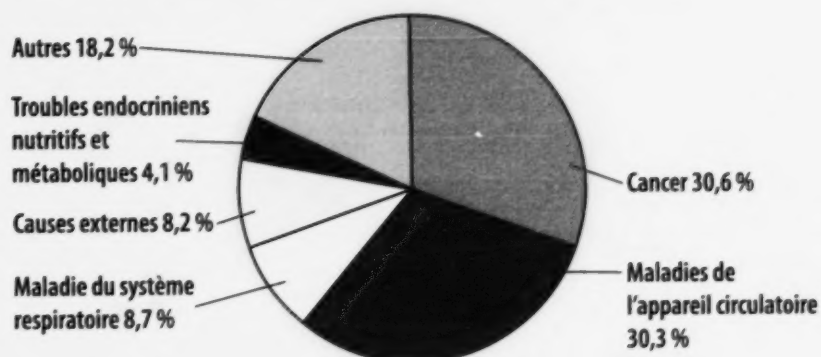
Les indicateurs de mortalité communs ainsi que les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournissent des renseignements utiles sur les répercussions des maladies chroniques. Les tableaux suivants portent sur les causes de mortalité au Nouveau-Brunswick et mettent l'accent sur le fardeau imposé par les maladies chroniques.

Les tableaux ci-dessous présentent les « principales causes de mortalité au Nouveau-Brunswick en pourcentage », les « taux comparatifs de mortalité »¹³, les « années potentielles de vie perdues »¹⁴, et les « décès prématurés ». Le cancer et les maladies du système circulatoire sont les deux principales causes de mortalité et sont responsables de plus de la moitié de la mortalité attribuée. Ces deux conditions sont considérées comme des conditions chroniques. Ces statistiques et les recherches laissent croire que si les Néo-Brunswickois et le système de santé luttent contre le fardeau des maladies chroniques, il y a de nombreuses possibilités d'améliorer la situation.

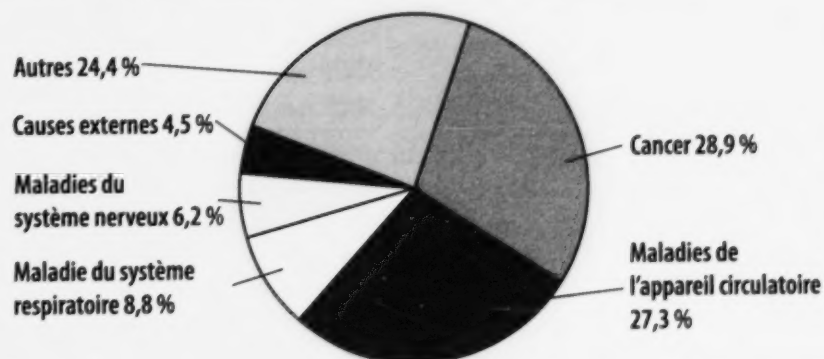
Le cancer est la principale cause de décès, d'années potentielles de vie perdues et de décès prématurés. Le pourcentage de Néo-Brunswickois qui meurent de cancer est plus élevé que celui de la population canadienne en général.

Figure 2 : Distribution en pourcentage des principales causes de décès

HOMMES – Distribution en pourcentage des principales causes de décès au Nouveau-Brunswick : 2006 (Données préliminaires : BMHC, 2009)



FEMMES – Distribution en pourcentage des principales causes de décès au Nouveau-Brunswick : 2006 (Données préliminaires : BMHC, 2009)



Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef, données préliminaires, Service d'épidémiologie, ministère de la Santé, 2006 (1\13\09)

Figure 3 : Principales causes de décès au Nouveau-Brunswick (TCM par 100 000 habitants)

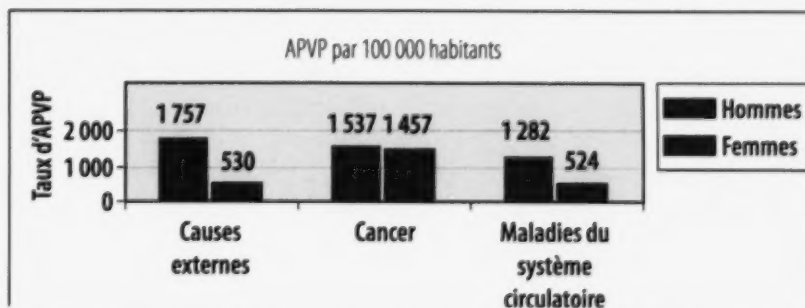
Principales causes de décès au Nouveau-Brunswick 2006 et au Canada 2004 (taux comparatif de mortalité [TCM] par 100 000 habitants.

Hommes	N.-B.	Canada
Cancer	206,0	212
Maladies de l'appareil circulatoire	203,2	
Causes externes	60,0	
Maladies du système respiratoire	59,7	
Troubles endocriniens, nutritifs métaboliques	27,3	
Toutes les causes	679,3	710

Femmes	N.-B. 2006	Canada 2004
Cancer	146,0	147,0
Maladies de l'appareil circulatoire	129,2	
Maladies du système respiratoire	39,9	
Maladies du système nerveux	29,4	
Causes externes	27,3	
Toutes les causes	485,1	465,6

Données préliminaires, Bureau du médecin hygiéniste en chef, 2009-13-01

Figure 4 : Années potentielles de vie perdue (APVP) : principales causes au Nouveau-Brunswick (2006)



Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef (données préliminaires 2009-13-01) Service d'épidémiologie, ministère de la Santé.

Figure 5 : Causes de décès prématurés, Décès prématurés (moins de 65 ans) – Causes au Nouveau-Brunswick : 2006

Cause	Hommes n = 771		Femmes n = 441	
	Rang	%	Rang	%
Cancer	1	29,1	1	45,7
Maladies du système circulatoire	2	24,3	2	14,8
Causes externes	3	22,7	3	11,9
Maladies du système nerveux	7	3,1	4	5
Troubles endocriniens	5	3,9	5	4,6
Maladies du système respiratoire	6	3,2	6	4,4

Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef (données préliminaires) 1/13/2009

Figure 6 : Mortalité et TCM par 100 000 habitants par sexe

HOMMES	Décès/année	%	TCM	
			N.-B.	CAN 2004
Poumons	316	33,3	76,5	60,6
Prostate	100	10,5	24,7	23,3
Colorectal	105	11,1	25,5	26,8
Tous les cancers	950	100	229,2	211,7

FEMMES	Décès/année	%	TCM	
			N.-B.	CAN 2004
Poumons	206	25,2	39,7	36,1
Sein	123	15,1	22,2	23,1
Colorectal	92	11,3	15,5	17,3
Tous les cancers	817	100	148,4	147,1

Source des données : Registre des cancers, Réseau Cancer Nouveau-Brunswick, 2006, ministère de la Santé

Le cancer a coûté très cher aux Néo-Brunswickois, mais le cancer est lié aux facteurs de risque fondamentaux. Si le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent et la principale cause de décès, entre 80 et 90 pour cent des cas sont attribuables au tabagisme. Ces cas étaient presque entièrement évitables. Dans une étude qui fait date, les chercheurs du World Cancer Research Fund (WCRF)¹⁵ et de l'American Institute for Cancer Research (AICR) ont estimé qu'environ un tiers des cas seraient éliminés si huit recommandations simples concernant la diète et l'exercice étaient suivies :

1. Rester aussi mince que possible dans la gamme normale de poids corporel.
2. Être actif physiquement chaque jour.
3. Limiter la consommation d'aliments riches en énergie et de boissons sucrées.
4. Manger principalement des aliments d'origine végétale.
5. Limiter la consommation de viande rouge et éviter les viandes transformées.
6. Limiter la consommation d'alcool.
7. Limiter la consommation de sel.
8. Chercher à combler les besoins nutritifs avec le régime uniquement.

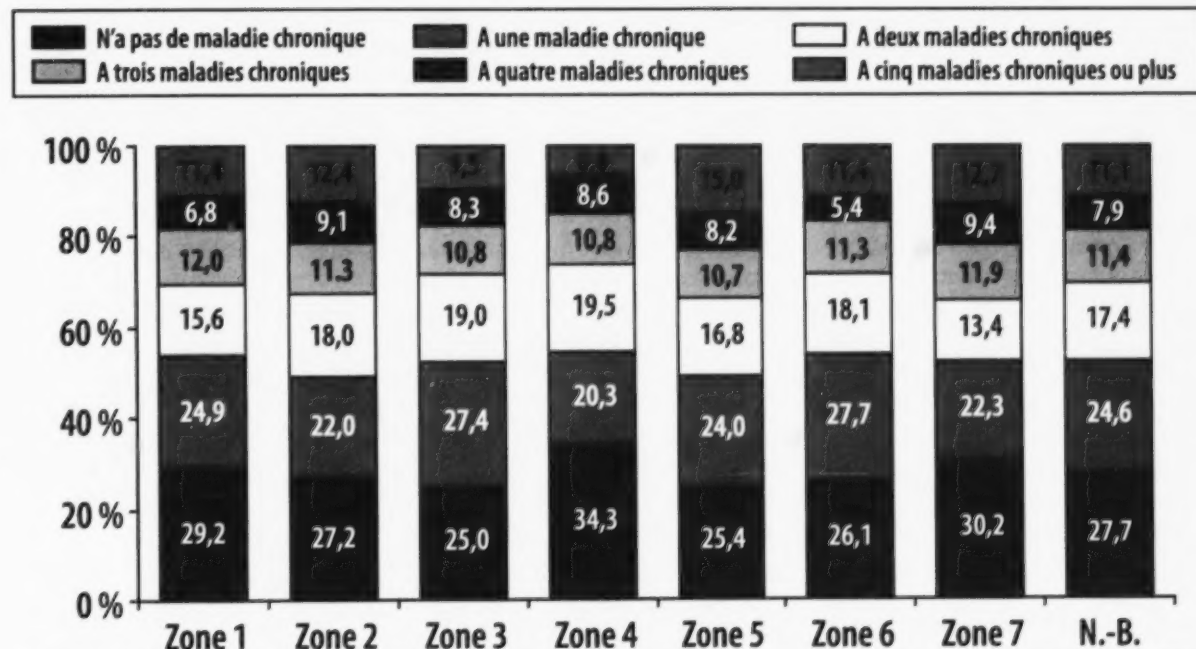
Les maladies cardiovasculaires (maladies de l'appareil circulatoire) sont la deuxième principale cause de décès. Le tableau sur les causes de décès en pourcentage montre qu'environ un tiers des Néo-Brunswickois meurent de maladies cardiovasculaires. Le tableau sur le taux comparatif de mortalité montre que plus de Néo-Brunswickois meurent de maladies cardiovasculaires que la moyenne canadienne. Le tableau sur les années potentielles de vie perdues montre que trop de Néo-Brunswickois meurent trop tôt de maladies cardiovasculaires. Pourtant, environ 75 pour cent des maladies cardiovasculaires sont attribuables à des facteurs de risque simples : taux de cholestérol élevé, hypertension artérielle, faible consommation de fruits et de légumes, style de vie inactif et tabagisme. La mortalité associée aux maladies chroniques montre bien les coûts pour la personne, la famille et la société.

Quelle est l'ampleur du problème?

Si le taux de mortalité reflète le fardeau final des maladies chroniques, les données de l'ESCC sont utiles pour comprendre l'ampleur du problème. L'ESCC est une enquête nationale continue visant à déterminer l'état de santé et les préoccupations par des autoévaluations faites au téléphone et en personne. Au Nouveau-Brunswick, 58 pour cent des jeunes de 12 à 17 ans ont indiqué souffrir d'une maladie chronique, les allergies, l'asthme et les problèmes de dos étant les plus communes. Ce taux grimpe en flèche chez les adultes de 18 ans ou plus, où 74 pour cent souffrent d'une maladie chronique, l'arthrite, l'hypertension artérielle et l'asthme étant les plus communes.

Le graphique ci-dessous montre la répartition de la prévalence des maladies chroniques chez les particuliers par zone.

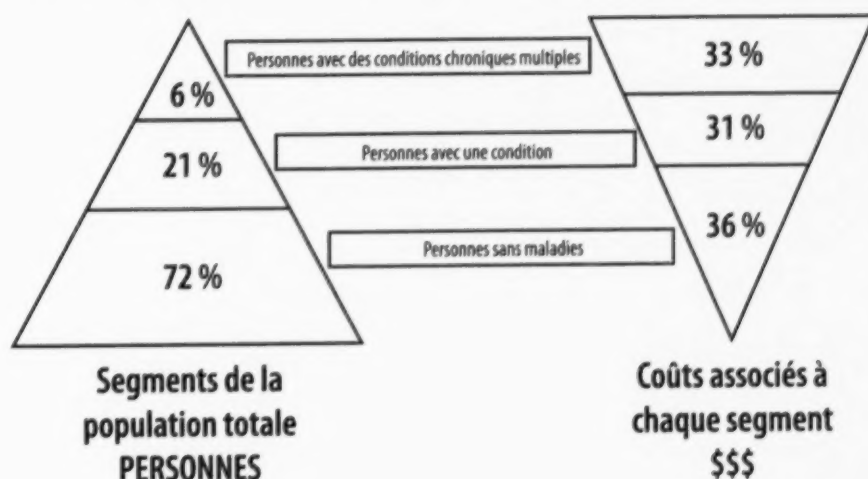
Figure 7 : Prévalence des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois



Source : Statistique Canada, ESCC, Cycle 3.1 2005

Kaiser Permanente est un grand organisme de gestion des soins aux États-Unis. L'organisation a mené une enquête sur les inducteurs de coûts dans les services de soins de santé et a examiné les modèles d'utilisation de leur clientèle composée de 8,4 millions de patients. Deux tiers de toutes les ressources en santé étaient utilisées par des personnes ayant des maladies chroniques. Le consensus est que ce profil représente une tendance commune en matière d'utilisation de ressources en santé.

Figure 8 : Coûts des soins de santé liés aux maladies chroniques



Source : Kaiser Permanente Northern California commercial membership, DxCG methodology, 2001.

La prévalence accrue des maladies chroniques dans la population, jumelée au pourcentage élevé de personnes avec de multiples conditions chroniques comorbides, rend encore plus urgente l'élaboration de meilleures approches de gestion des maladies chroniques. L'utilisation du système de santé est étroitement liée à la présence de maladies chroniques. Les personnes ayant plus d'une condition chronique utilisent considérablement plus de ressources en santé. Nos efforts de création de systèmes de soins de santé durables doivent cibler les défis causés par la prévalence croissante des conditions chroniques et comprendre des stratégies axées sur des interventions primaires, secondaires et tertiaires.

Apprendre des Canadiens souffrant de maladies chroniques

En 2007, le Conseil canadien de la santé a publié une série de rapports sur les conditions de santé chroniques¹⁶. Les Canadiens souffrant de maladies chroniques sont responsables de 51 pour cent des visites à un omnipraticien, de 55 pour cent des visites à un spécialiste, de 67 pour cent des consultations en soins infirmiers et de 72 pour cent des nuits d'hospitalisation. Les Canadiens signalent que même s'ils avaient généralement accès à des médecins, ils avaient souvent de la difficulté à obtenir des rendez-vous en temps opportun. Par conséquent, on se fie beaucoup aux urgences des hôpitaux pour obtenir des soins primaires. Les répondants n'avaient pas accès à une équipe de soins de santé, même si l'importance d'une telle équipe pour des soins optimaux est bien documentée. Le gouvernement du Canada dépense beaucoup en soins de santé, mais près de 10 pour cent des patients interrogés ont rapporté ne pas avoir rempli une prescription ou avoir omis de prendre des médicaments en raison des coûts. Si on investit beaucoup pour s'assurer que les patients auront accès à un médecin, cela ne se traduit pas nécessairement par une augmentation de la qualité des soins de santé.

Il y a plusieurs initiatives en cours qui portent sur les équipes interdisciplinaires de prestation de soins de santé, comme l'initiative des Équipes Santé familiales (ESF) en Ontario, Groupe Health à Sault. Ste Marie, et le Chinook Primary Care Network en Alberta. Ces projets visent à combler plusieurs lacunes cernées par les patients canadiens. En général, les équipes offrent des heures prolongées de service ainsi qu'un accès après les heures de travail pour mieux répondre aux besoins des patients de façon opportune. L'équipe met aussi l'accent sur une meilleure gestion des maladies chroniques, sur la prévention des maladies et sur la promotion de la santé, en collaboration avec d'autres organisations communautaires¹⁷. Les résultats mentionnés englobent une amélioration de l'utilisation des meilleures pratiques quant à la gestion des maladies chroniques résultant d'une diminution des admissions à l'hôpital et des visites à l'urgence, un meilleur suivi et un meilleur contrôle du diabète et une amélioration du dépistage du cancer colorectal et du sein¹⁸.

Section 3 : Où voulons-nous aller?

Un mandat provincial

Le Pacte pour le changement et le Plan provincial de la santé 2008-2012 appuient le développement d'une stratégie provinciale de soins chroniques qui portera sur les maladies comme les troubles de l'humeur, le diabète, l'arthrite et le VIH/SIDA. Une telle stratégie devrait être suffisamment détaillée pour s'appliquer à toutes les maladies chroniques tout en portant sur les déterminants sociaux de la santé sous-jacents et sur les disparités en matière de santé qui sont des précurseurs communs pour les maladies chroniques.

Faire face aux conditions chroniques

La nécessité de transformer les services de santé découle d'impératifs fiscaux, moraux et en matière de ressources. Les citoyens du Nouveau-Brunswick ont affirmé clairement la nécessité d'améliorer l'accès opportun aux services de santé et à une équipe élargie de fournisseurs. On s'intéresse de plus en plus aux moyens de rester en santé. Le manque de fournisseurs compétents augmente, ce qui met en évidence la nécessité d'offrir les soins d'une façon différente. La recherche démontre clairement que bien souvent, les soins ne sont pas axés sur les pratiques exemplaires fondées sur des preuves. Les contribuables du Nouveau-Brunswick veulent être assurés que leurs impôts leur permettent d'obtenir les meilleurs soins possible. En sachant où nous voulons aller, nous connaissons les coordonnées nécessaires pour réorganiser les services de santé.

Changer les mentalités qui existent dans le domaine des soins de santé primaires : passer de l'approche visant à « trouver le problème et à le régler » à une approche visant à « prévenir le problème, à le trouver et à le gérer ».

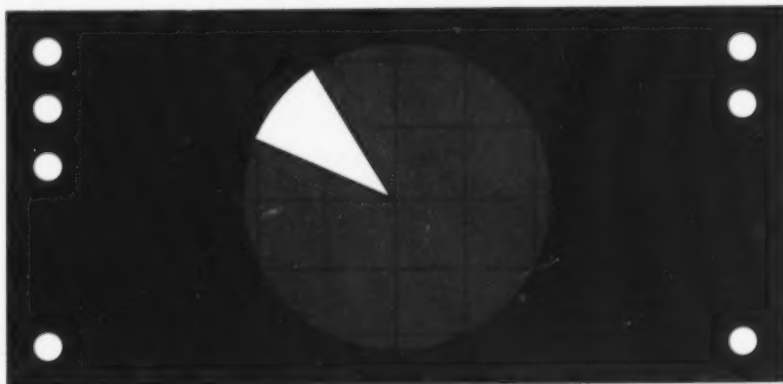
Si le fardeau mondial en matière de maladie penche vers les maladies chroniques, les soins sont toujours axés sur les symptômes aigus et émergents, ce qui n'est pas la meilleure approche pour la gestion des maladies chroniques.

Le syndrome RADAR

Le patient apparaît

Le patient est traité

Le patient repart, puis disparaît de l'écran radar



« Dans la plupart des cas, le patient apparaît, est traité par la méthode «trouver et régler», repart, puis disparaît rapidement de l'écran radar »¹⁹.

Le système doit passer à l'approche « prévenir, trouver et gérer » afin d'appuyer les processus de soins.

Changer le rôle de l'information : les données, qui avaient un rôle passif, jouent un rôle actif et orientent les soins au niveau des patients et de la population.

Des réseaux d'information fiables doivent être créés pour offrir des données essentielles aux populations et aux patients afin d'assurer une attribution des ressources et une prestation de services efficaces et efficientes. À titre d'exemple, les systèmes de santé n'appuient pas le soutien exhaustif et planifié des patients avec des maladies chroniques afin d'assurer les meilleurs résultats possible^{20,21,22,23}. Les systèmes de soins de santé ont été créés pour répondre aux besoins de soins aigus. Les décideurs doivent avoir des renseignements sur les types de problèmes de santé et sur la répartition des services de santé pour relever les défis et déterminer si les mesures prises sont efficaces. Les fournisseurs doivent avoir accès à des renseignements électroniques pour accéder à des renseignements médicaux fiables et pour améliorer les communications avec les patients, entre autres pour faire des rappels, etc. Les patients doivent avoir des renseignements sur leur santé pour pouvoir mieux se soigner eux-mêmes.

Changer le rôle du patient : le patient gestionnaire de sa propre santé

L'attitude des Néo-Brunswickois envers leur santé et leur bien-être est en train de changer d'un vague sentiment de responsabilité à une responsabilité explicite pour la gestion de leur santé et de leur bien-être et de recherche du soutien du système de santé au besoin. Ils deviennent les chefs de leur propre équipe de santé personnelle.

Cette transformation exigera un déplacement de la balance de pouvoirs dans la structure sociale de la relation sur la santé. Les patients devront également être éduqués et le système de santé doit leur fournir des renseignements uniformes et complets pour leur permettre de gérer eux-mêmes leur santé. Parfois, même en ayant les bons renseignements et le soutien adéquat, certains patients ont de la difficulté à trouver la motivation nécessaire pour changer leur mode de vie^{24,25,26}.

Changer le rôle des collectivités : les faire participer comme des partenaires dans la santé et le mieux-être des citoyens

Les soins de santé ne permettent pas d'utiliser les programmes communautaires existants de façon optimale. Cela représente un problème de taille dans les cas où il y a peu de ressources et où les services de soins primaires ne parviennent pas à combler les besoins en santé. Les liens avec des organisations communautaires comme des groupes de consommateurs et des organisations non gouvernementales sont particulièrement utiles pour les patients et les familles, puisqu'ils leur donnent accès à des groupes de soutien mutuel, à des organismes de bienfaisance, etc. Il est également important que tous les ordres de gouvernement et les ministères s'assurent que notre environnement est soutenu et protégé par des politiques publiques saines.

Mettre l'accent sur le bien-être plutôt que sur la maladie : on ne fait pas suffisamment de prévention

Les maladies chroniques sont en grande partie évitables. Nous devons élaborer des stratégies de santé publique efficace axées à la fois sur la santé et sur le bien-être. Cela comprend l'élaboration de politiques qui découragent les comportements malsains et qui font des comportements sains le choix le plus facile. Par exemple, des mesures comme celles touchant la publicité destinée aux enfants et les aliments malsains, l'étiquetage nutritionnel, les lignes directrices sur l'utilisation des gras saturés, le sel ajouté, etc., dans les aliments préparés pourraient jouer un rôle clé pour changer les habitudes alimentaires d'une population. Toutes les interactions entre les fournisseurs de soins et les patients doivent servir de moyens d'informer les patients sur les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies. Un exemple courant est l'intervention en matière de tabagisme « demander et conseiller » favorisée par le milieu médical. Lorsqu'on leur donne des renseignements sur la façon de faire les bons choix, les patients et leurs familles peuvent agir pour améliorer leur propre santé. Avec l'aide du personnel des services de santé, les patients peuvent adopter des comportements qui préviendront l'apparition des maladies chroniques ou qui retarderont les complications. Ils doivent toutefois avoir les connaissances, la motivation et les compétences pour le faire. Les stratégies de gestion des changements doivent faire appel à des facilitateurs professionnels et profanes qui sont formés en matière de responsabilisation des patients et des modèles de changement de comportement qui comprennent les stratégies de résolution de problèmes. Afin de prévenir et de réduire les complications liées aux maladies chroniques, la prévention et la promotion de la santé doivent être intégrées à chaque situation de prestation de soins de santé²⁷.

Section 4 : Comment nous rendrons-nous là?

Modèle de soins aux malades chroniques

Le modèle de soins aux malades chroniques a été élaboré aux États-Unis par le Dr E. Wagner grâce à un financement de la Robert Wood Johnson Foundation. Le but était d'élaborer un cadre de services cliniques efficace pour soutenir les soins offerts aux personnes souffrant de maladies chroniques. Le modèle de soins aux malades chroniques intègre de multiples composantes afin d'améliorer la gestion des patients avec des maladies chroniques et sert de plan pour orienter le renouvellement des systèmes de soins de santé. Les efforts passés visant à réorganiser la gestion des maladies chroniques étaient axés sur une seule intervention ou initiative. Cette série de « solutions ponctuelles » reflétait le modèle « trouver et régler » du système de santé traditionnel. Ces solutions ont rarement été couronnées de succès et n'engendrent pas toujours des résultats soutenus. Les approches qui ont connu le plus de succès intégraient plusieurs stratégies.

Une méta-analyse des programmes ayant connu du succès et des autres a mené à l'élaboration du modèle de soins aux malades chroniques. Depuis 2000, le modèle a fait l'objet de nombreuses études. La base de donnée Cochrane a effectué une méta-analyse de ces études. De plus, le Rand Group a reçu le mandat d'analyser l'efficacité du modèle. Depuis 1999-2000, plus de 15 études distinctes regroupant quatre sites et plus de 4 000 patients ont été effectuées et analysées. Voici un aperçu des conclusions de ces études :

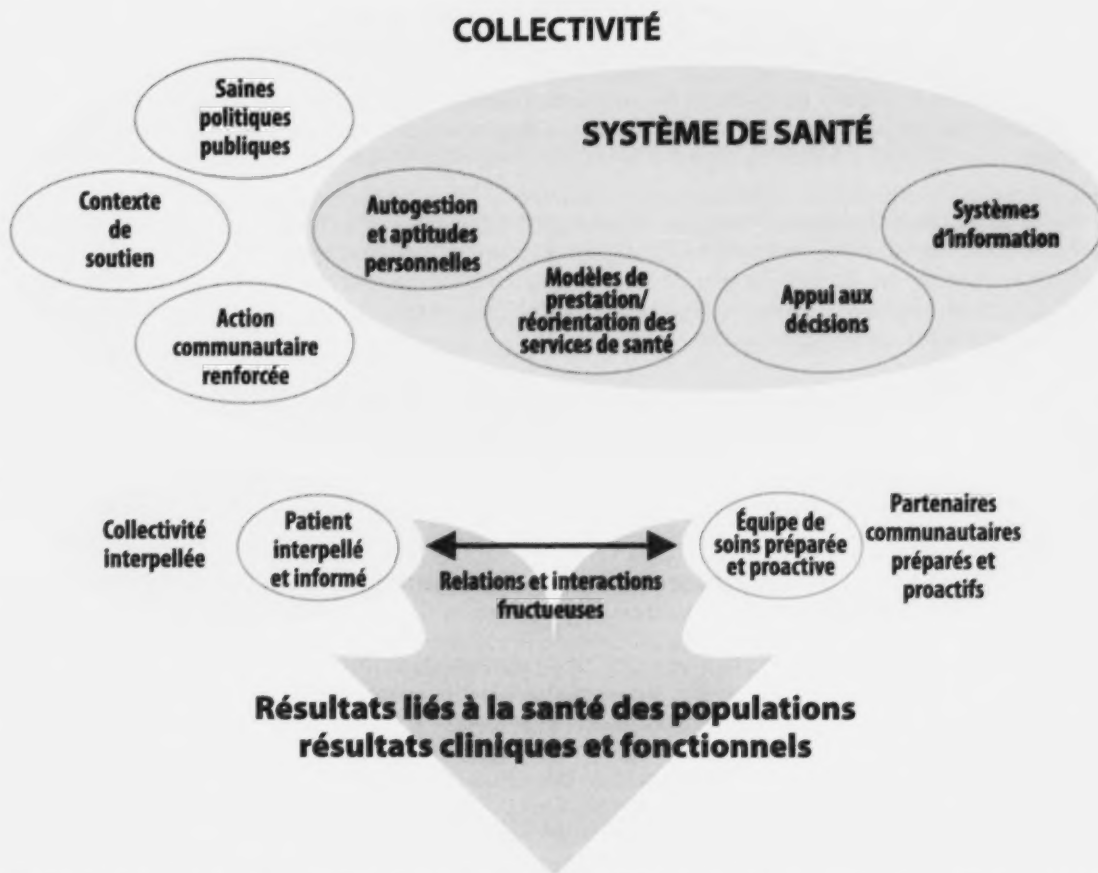
- les organisations ont été en mesure de s'améliorer, apportant en moyenne 48 modifications dans 5,8 des six aspects du MSMC;
- les patients souffrant de diabète ont vu diminuer grandement leurs risques de maladies cardiovasculaires;
- les patients pilotes souffrant d'insuffisance cardiaque congestive connaissaient mieux leur condition et, lorsqu'ils suivaient la thérapie recommandée, comptaient 35 pour cent de moins de jours d'hospitalisation;
- les patients pilotes souffrant d'asthme et de diabète étaient plus susceptibles d'obtenir la thérapie appropriée.

Le Institute for Health Care Improvement fait la promotion de ce modèle qui comprend divers outils d'amélioration de la qualité²⁸. Il y a un site Web consacré au modèle de soins aux malades chroniques²⁹. Ce modèle intègre les composantes élémentaires nécessaires pour améliorer les soins de santé d'un point de vue systémique : la collectivité, les organisations de santé, les cabinets et les patients. Ce modèle peut s'appliquer à des maladies chroniques précises et offre un cadre commun pour les stratégies d'amélioration des soins. Il reconnaît que les maladies chroniques partagent des caractéristiques communes. Pour cette raison, il est possible d'élaborer des programmes efficaces qui appuieront l'amélioration de la qualité pour plusieurs maladies chroniques, sans nécessairement être axés sur une maladie en particulier. Il peut également orienter la création de programmes axés sur des maladies en particulier favorisant ainsi la mise en place d'infrastructures clés qui toucheront plusieurs maladies chroniques et qui permettront de regrouper les investissements et d'éliminer l'isolement des ressources. Le modèle prévoit un engagement ferme envers le patient.

« Si la gestion des maladies chroniques reconnaît que son rôle est d'améliorer la qualité de vie de nombreuses personnes, elle aura atteint son but... Mais si son seul but est de permettre au système de santé d'économiser de l'argent, elle aura échoué. Mais si elle combine les connaissances, l'énergie et les intérêts des particuliers avec l'expertise et la compréhension des professionnels de la santé et les ressources et la puissance des systèmes de santé, elle sera imbattable. » [traduction] (H. Cayton, (2004) Présentation de conférence From ideas to action: improving chronic disease management, Londres, le 18 mai 2004)³⁰

Ce modèle a été adapté plus tard pour mettre l'accent sur la collectivité et sur les défis liés aux déterminants sociaux de la santé. Cela a permis de mettre en évidence l'importance des politiques publiques en santé et de l'environnement général pour le soutien de la santé et du bien-être. Le modèle élargi de soins chroniques suivant a été adopté à grande échelle dans le contexte canadien. Une description complète des composantes du modèle est présentée plus loin.³¹

Figure 9 : Modèle élargi de soins aux malades chroniques



Créé par : Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts et Dariana Ravanadale (2002) Adapté de Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E. Curry, S., Solberg, L. (2001). Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*, 79 (4), et l'Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être Canada et l'Association canadienne de la santé publique, (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Les descriptions suivantes sont tirées du site web de l'IHI et ont été adaptées au contexte du Nouveau-Brunswick.
<http://www.ihi.org/IHI/Topics/ChronicConditions/AllConditions/Changes/>

Description des principaux éléments	Composante structurelle/critère	Exemple
Système de santé : organisation des soins de santé. Les programmes de gestion des maladies chroniques pourraient être plus efficaces si le système en général (organisation) qui fournit les soins est orienté et dirigé de façon à mettre l'accent sur les soins aux malades chroniques. Les systèmes de santé peuvent créer un environnement dans lequel les efforts concertés visant à améliorer les soins offerts aux personnes ayant des maladies chroniques seront fructueux. Tous les paliers de l'organisation appuient les soins de grande qualité. Il y a des stratégies d'amélioration efficaces axées sur un changement exhaustif du système. Cela comprend le traitement transparent et systématique des erreurs et des problèmes de qualité. Des ententes sont en place pour faciliter la coordination des soins au sein des organisations et entre celles-ci. Dans le MESMC, les principaux éléments du système de santé sont vus comme existant dans un système fluide où il y a un flot d'idées, de ressources et de personnes entre la collectivité et le système de santé.	• Leadership organisationnel général dans les soins aux malades chroniques • Objectifs organisationnels en matière de soins aux malades chroniques • Stratégie d'amélioration des soins aux malades chroniques • Mesures incitatives et règlements concernant les soins aux malades chroniques • Participation des dirigeants supérieurs	Les soins aux malades chroniques sont intégrés à la stratégie régionale de planification à long terme. Des ressources y sont consacrées et des responsabilités sont établies. Il y a un processus continu d'établissement d'objectifs, de mesures et d'évaluations. On a adopté des mesures incitatives et des règlements afin de motiver et d'habiliter les fournisseurs de service à soutenir l'atteinte des objectifs. La participation des dirigeants supérieurs est visible.

Description des principaux éléments	Composante structurelle/critère	Exemple
1. Autogestion/aptitudes personnelles Un soutien efficace à l'autogestion peut aider les patients et leurs familles à relever les défis liés à la vie avec une maladie chronique et au traitement connexe et réduire les complications et les symptômes. Une autogestion efficace ne consiste pas à dire aux patients quoi faire. Les patients sont responsables de choisir leurs soins, et doivent se sentir responsables de leur propre santé. Il faut utiliser des stratégies efficaces de soutien à l'autogestion qui comprennent des évaluations, l'établissement d'objectifs et la planification de mesures, la résolution des problèmes et le suivi. Il faut organiser les ressources internes et communautaires afin d'offrir aux patients un soutien continu en matière d'autogestion. Les patients développent leurs aptitudes personnelles pour maintenir leur santé et leur bien-être.	• Évaluation et documentation des besoins et des activités d'autogestion • Activités de soutien de l'autogestion (information, cours) • Écouter les préoccupations des patients et de leurs familles (soutien par des pairs, groupes) • Interventions efficaces en matière de changement de comportement et de soutien des pairs.	L'autogestion est évaluée régulièrement et consignée sur un formulaire lié à un plan de traitement. Les éducateurs des patients sont formés en matière d'habilitation des patients et de stratégies de changement de comportement et voient la plupart des patients souffrant de maladies chroniques. Le soutien par les pairs et par des groupes sont des stratégies utilisées. Cela comprend également la façon dont les renseignements sont fournis aux patients, leur confort et aisance dans le système de soins de santé, etc. Des numéros de téléphone importants, comme celui de Télé-Soins, doivent être affichés à plusieurs endroits afin que les patients n'aient pas à les chercher. On utilise les expériences des clients pour dresser la liste des services et des outils qui sont utiles, afin de mieux comprendre le patient en tant que client. Initiatives du Nouveau-Brunswick : Mes choix, Ma santé : module de six séances sur l'établissement des objectifs, la planification des actions et la gestion des principaux défis liés aux maladies chroniques My Care Anywhere, projet pilote de portail pour les patients souffrant de maladies chroniques Activités élargies de Télé-Soins Accès amélioré aux ressources pour les patients et leurs familles qui vivent avec l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF)
2. Modèle de prestation/réorientation des services de santé Selon les données recueillies, la gestion efficace des maladies chroniques exige plus que l'ajout d'intervention au système actuel axé sur les soins actifs. Elle peut exiger des modifications à l'organisation de pratique qui auront des répercussions sur la prestation des soins. Pour donner des soins aux patients, il faut non seulement déterminer quels soins sont requis, mais également clarifier les rôles et les tâches pour s'assurer que le patient obtient les soins; s'assurer que tous les cliniciens qui soignent un patient ont accès à des renseignements centralisés et à jour sur la condition du patient et faire un suivi dans le cadre d'une procédure normalisée. La gestion des cas cliniques est nécessaire pour les patients complexes. Les soins sont adaptés à la culture et offrent une diversité de services cliniques et curatifs dans un mandat élargi et holistique où la santé et non la maladie est au cœur des services de santé.	• Pratiquer le fonctionnement en équipe (réunions d'équipe, définition des rôles et responsabilités) • Pratiquer le leadership d'équipe (nommer un chef d'équipe) • Système de rendez-vous pour prévoir les rendez-vous et les suivis • Suivi • Visites prévues pour les soins aux malades chroniques • Continuité des soins (coordination entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes)	Des équipes sont créées et se réunissent régulièrement. Les rôles et les responsabilités sont clairement définis et appuient l'éducation du patient en matière d'autogestion, les suivis, l'attribution des ressources, la coordination, etc. Il y a un chef d'équipe qui doit rendre des comptes. Lorsque cela est possible, les soins offerts par divers fournisseurs sont coordonnés pendant une seule rencontre. Des stratégies de suivi sont adaptées à la situation du patient. Il y a une évaluation continue, un suivi et des interventions préventives. Les soins sont activement coordonnés entre les fournisseurs de soins primaires, les spécialistes et les partenaires communautaires. Initiatives du Nouveau-Brunswick : Des équipes d'omnipraticiens dans des établissements de soins primaires Centres de santé communautaires additionnels ou améliorés

Description des principaux éléments	Composante structurelle/critère	Exemple
3. Appui aux décisions Des programmes efficaces de gestion des maladies chroniques veillent à ce que les fournisseurs ont accès aux renseignements basés sur les preuves nécessaires pour offrir des soins aux patients. Cela comprend les lignes directrices ou les protocoles sur la pratique fondée sur les preuves, les consultations en spécialité, l'éducation des fournisseurs et l'activation des patients pour sensibiliser les équipes de fournisseurs aux thérapies efficaces. Les décisions sur le traitement doivent être fondées sur des lignes directrices explicites et éprouvées soutenues par des résultats de recherche. Les organisations de santé intègrent de façon créative les lignes directrices éprouvées et explicites dans la pratique quotidienne des fournisseurs de soins primaires de façon accessible et conviviale. Les lignes directrices et les renseignements sont partagés avec les patients pour favoriser leur participation. Les fournisseurs sont mis à jour à l'aide d'approches éducatives éprouvées. Les spécialistes sont intégrés et offrent du soutien et leur expertise au besoin. Cela comprend les professionnels de la promotion de la santé qui aident les omnipraticiens en ce qui concerne les pratiques exemplaires communautaires.	• Lignes directrices fondées sur des preuves • Participation des spécialistes à l'amélioration des soins primaires • Éducation des fournisseurs en matière de soins aux malades chroniques • Faire connaître les lignes directrices aux patients	Soutien à la méthadone pour les dépendances aux opiacés. Développement du centre hospitalier de Restigouche afin d'améliorer les soins aux personnes ayant des troubles mentaux. Amélioration du programme mobile d'intervention en cas de crise Évaluation et planification des services provinciaux pour les jeunes (Unité psychiatrique pour enfants et adolescents, centre Pierre Caissie) Prestation intégrée des services (Connexions déconnexion)
		Les lignes directrices fondées sur les preuves sont présentées et réitérées dans le cadre de l'éducation des fournisseurs et dans les stratégies de changement des comportements. Les spécialistes offrent le soutien à la prestation des soins primaires. Les patients reçoivent également du matériel détaillé sur l'atteinte des objectifs des lignes directrices. Initiatives du Nouveau-Brunswick : DM2 - projet de recherche sur l'utilisation des outils de soutien aux décisions et l'accès rapide aux cliniques spécialisées Dossier médical électronique (DME) Purkinje dans les centres de santé communautaires : utilisation élargie pour inclure les modèles cliniques des pratiques exemplaires.

Description des principaux éléments

Composante structurelle/critère

Exemple

4. Système d'information clinique

Des renseignements utiles et en temps opportun sur les patients et les populations de patients avec des conditions chroniques sont une caractéristique critique de programmes efficaces, particulièrement ceux qui adoptent une approche fondée sur la population.

Un registre – un système d'information qui peut suivre les patients individuels ainsi que les populations de patients – est une nécessité pour gérer des maladies chroniques ou offrir des soins préventifs. Cela permet de faire des rappels en temps opportun, de repérer les populations cibles et de faciliter la planification des soins individuels. Des mécanismes de surveillance continue des maladies et des traitements ainsi que des comportements des populations en matière de santé sont en place pour permettre d'améliorer continuellement la qualité. Cette surveillance tire avantage des systèmes d'information des systèmes de soins de santé traditionnels ainsi que des systèmes communautaires.

- Registre (liste des patients avec des conditions précises)
- Rappels aux fournisseurs
- Rétroactions pour l'équipe
- Renseignements sur les sous-groupes de patients exigeant des services
- Plans de traitement des patients (plans de soins en collaboration)

Il y a des registres en place, liés aux lignes directrices, qui envoient des rappels et des messages sur les services requis. Cela comprend des rappels destinés à l'équipe pour le respect des lignes directrices durant les visites des patients. L'équipe reçoit des rétroactions sur son rendement et sur les profils de la population de patients par l'intermédiaire du chef d'équipe. Les plans de traitement des patients sont établis et comprennent des objectifs d'autogestion et sont utilisés activement dans le traitement.

Initiatives du Nouveau-Brunswick :

Mise en œuvre du programme Un patient un dossier (UPUD). Discussions en cours sur les dossier médical électronique (DME)

Mise en œuvre du portail pour les patients (My Care Anywhere).

Collectivité

Les liens entre le système de prestation de soins (ou les pratiques médicales) et les ressources communautaires jouent un rôle important dans la gestion des maladies chroniques.

Afin d'améliorer la santé de la population, les organisations de soins de santé créent des partenariats et des alliances solides avec les programmes provinciaux, les agences locales, les organisations professionnelles, les entreprises et les clubs. Des partenariats sont établis avec les organisations communautaires afin d'appuyer et de développer des interventions qui combleront les lacunes en matière de service. On encourage les patients à participer aux programmes communautaires. On favorise les changements de politique afin d'améliorer les soins aux patients.

Il y a une coordination active entre le système de santé, les organismes de services communautaires et les patients. Cela comprend les politiques officielles et les structures de soutien. Le plan de santé des RRS doit reconnaître les activités visant les principales maladies chroniques, y attribuer des ressources et les surveiller.

Initiatives du Nouveau-Brunswick :

Réunions périodiques avec les organisations non gouvernementales et les principaux groupes d'intervenants

Établissement de comités consultatifs communautaires dans les centres de santé communautaires.

Intégration des organisations non gouvernementales pour l'élaboration et l'élargissement de la formation en leadership et du recrutement du programme Mes choix, ma santé.

1. Adopter de saines politiques publiques

Afin d'appuyer l'élaboration de politiques gouvernementales et de lois qui réduisent les inégalités sociales et les écarts en matière de santé. Le développement de politique devrait permettre de faire des choix sains les choix les plus faciles à faire pour les particuliers, les entreprises, les organisations et le gouvernement.

- Partenariats avec les organisations communautaires

Élaboration et mise en œuvre de politiques visant à améliorer la santé comme :

- Règlements sur le tabagisme
- Sentiers pédestres
- Restriction de l'accès à l'alcool, comme dans le cas des « heures de l'apéro » à coût réduit

Initiatives du Nouveau-Brunswick :

Élaboration de lois sur le tabagisme.

Description des principaux éléments	Composante structurelle/critère	Exemple
2. Créer des contextes de soutien Ce point permet de résoudre activement les inégalités en matière de santé liées au logement, à l'emploi, etc., ainsi que d'élaborer un environnement social sécuritaire en ce qui concerne les routes, le transport en commun, etc.	• Les activités nationales, provinciales et municipales de planification ciblent activement une vie communautaire stimulante, valorisante et agréable. • Lien entre les patients et les ressources extérieures	Changement aux lois sur les jeunes conducteurs afin d'augmenter le temps requis pour obtenir un permis sans restriction Garder les personnes handicapées ou âgées dans leur résidence le plus longtemps possible, créer des systèmes de transport en commun abordables et accessibles et des emplois dans des entreprises novatrices Soutien des groupes de soutien par les pairs, comme les centres d'activité pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Initiatives du Nouveau-Brunswick : Adoption de menus sains dans les cafétérias scolaires Modifications aux soins de longue durée Campagnes de sensibilisation (jeu compulsif, dépendances, marketing social, prévention du suicide)
3. Actions communautaires renforcées Cela permet d'engager activement les membres de la collectivité dans l'établissement des priorités et l'atteinte des objectifs répondant aux besoins de la population. Les fournisseurs de soins de santé peuvent jouer un rôle actif en tant que défenseurs, particulièrement dans le cas des populations désavantagées.	• Plans de santé régionaux reflétant la coordination des soins aux malades chroniques	Logement sécuritaire et abordable Élaboration de groupes de soutien communautaires qui aident les personnes vivant avec des maladies chroniques et soutien de ces groupes. Initiatives du Nouveau-Brunswick : Création d'un groupe de travail provincial sur le diabète qui donne des conseils sur la stratégie en matière de diabète Engagement des jeunes Initiatives sur les consommateurs et les familles (centres d'activité, renforcement des familles)
Intégration des éléments du modèle de soins aux malades chroniques Des systèmes de soins efficaces intègrent et combinent tous les éléments du Modèle de soins aux malades chroniques, et lient les objectifs d'autogestion des patients aux systèmes d'information et aux registres.	• Faire connaître les lignes directrices aux patients • Systèmes d'information et registres • Programmes communautaires (fournissent des rétroactions au système sur les progrès des patients) • Planification organisationnelle des soins aux malades chroniques (données sur l'utilisation aux fins de planification) • Rendez-vous de routine pour les suivis, les évaluations et la planification des objectifs (gestionnaire de cas) • Partage avec les patients des lignes directrices sur les soins aux malades chroniques	Du matériel spécialisé a été préparé pour les patients et décrit leur rôle en matière de respect des lignes directrices. Le système d'information surveille les résultats et les objectifs du plan de soins détaillé. Des rappels sont générés pour les fournisseurs et les patients au sujet des suivis, etc. Les partenaires communautaires informent régulièrement l'équipe sur les améliorations visant à mieux combler les besoins des patients et sur les autres possibilités. Des ressources et des processus sont prévus pour assurer la gestion du changement, le suivi et la coordination.

Le modèle élargi de soins aux malades chroniques, à la fois robuste et fiable, permettra d'orienter la stratégie sur les maladies chroniques du Nouveau-Brunswick. Il met l'accent sur les meilleurs soins possible qui sont à la fois atteignables et durables et est fondé sur les éléments de preuve et le contexte quotidien et des soins de santé primaires. Cette approche systémique relie les services de santé et les communautés et permet aux intervenants de déterminer comment ils contribueront à améliorer les services et les résultats. Il permet aux régies régionales de la santé, aux fournisseurs de soins primaires, aux patients, aux organisations non gouvernementales et au gouvernement de travailler ensemble, de développer des ressources en collaboration et d'améliorer l'infrastructure existante. Il permet de déterminer où les investissements en infrastructure seront le plus utile pour atteindre notre vision à long terme d'un système de santé durable et de première classe pour un Nouveau-Brunswick autosuffisant.

Cela démontre bien la souplesse et la sensibilité du modèle qui peut s'adapter à l'environnement physique, social et politique et établir des liens entre le paysage changeant des services de santé et la santé des patients et des collectivités.

Conclusion

Le développement d'une stratégie de gestion des maladies chroniques permettant de renouveler et de revitaliser les services de santé du Nouveau-Brunswick et d'appuyer l'excellence est lié à l'adoption et à la mise en œuvre du modèle élargi de soins des malades chroniques. Nous devons tirer avantage des leçons apprises et reconnaître le chevauchement des facteurs de risque et la communauté des interventions. Le modèle élargi de soins aux malades chroniques et le processus connexe de gestion du changement ont généré des avantages stratégiques importants dans d'autres régions du Canada. Ce modèle est conforme aux principes directeurs proposés par les principaux intervenants et est appuyé par des recherches exhaustives. Ce modèle offre un cadre organisationnel à partir duquel nous pourrions établir des partenariats et améliorer les soins aux malades chroniques du Nouveau-Brunswick.

Ce cadre est le point de départ pour une vision commune. D'autres travaux seront entrepris, en collaboration avec les intervenants, pour déterminer et recommander un plan d'action fondé sur ce qui existe déjà dans le système, sur les pratiques exemplaires et sur le modèle présenté dans ce document. Certaines composantes de ce plan d'action pourront être mises en œuvre avec les ressources existantes, mais d'autres exigeront des améliorations et des investissements dans le système (p. ex. système d'information, outil d'appui aux décisions pour les fournisseurs. Formation des fournisseurs et des patients et autres). Ce modèle sert de plan pour orienter l'attribution des ressources, permettre aux décideurs d'élaborer des plans d'action contenant des jalons et des résultats anticipés afin d'améliorer continuellement la qualité.

Notes en fin d'ouvrage

- 1 Notes de fin de document Ces données sont les données rapportées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 3.1) où les personnes ont mentionné avoir reçu un diagnostic pour une ou plusieurs des sept conditions chroniques visées : arthrite, cancer, hypertension artérielle chronique, troubles de l'humeur, maladies cardiovasculaires, diabète, MPOC. <http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2007/outcomes2/Outcomes2PopulationPatternsFINAL.pdf>
- 2 Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Le plan de santé provincial 2008-2012, avril 2008, p. 4.
- 3 http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/topics/chronic-disease_f.html
- 4 WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2008. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/riskfactors/en/index.html>
- 5 WHO (2008) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/riskfactors/en/index.html>
- 6 Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2007. http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2007/ann-table2-fra.php
- 7 <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-f.pdf> p.39
- 8 <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-f.pdf> p.36
- 9 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Enquête sur les toxicomanies au Canada, (2004). <http://www.ccsa.ca/2004%20CCSA%20Documents/ccsa-004804-2004.pdf>
- 10 Communication personnelle, Marlien McKay DWCS (Statistique Canada, ESCC 3.1 Fichier des sous-échantillons 2006).
- 11 Statistique Canada, ESCC, Cycle 4.1, 2007.
- 12 OMS Maladies chroniques. <http://www.who.int/infobase/reportviewer.aspx?rptcode=ALL&uncode=124&dm=24&surveycode=100152a1>
- 13 TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ (TCM) Les taux de mortalité ont été normalisés en fonction de la distribution en âge de la population du Canada en 1991. Comme l'incidence ou la mortalité augmente avec l'âge, le taux comparatif permet de comparer plus efficacement des populations avec des distributions différentes des groupes d'âge.
- 14 Années potentielles de vie perdue (APVP) Dernière mise à jour : le 24 janvier 2008. Définition : Un indicateur de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) qui attribue une pondération plus grande aux décès qui surviennent à un plus jeune âge qu'à ceux qui surviennent à un âge plus avancé. Cette pondération est calculée en soustrayant l'âge du décès à 75, en divisant le total des années potentielles de vie perdue par le total de la population de moins de 75 ans. Le résultat est présenté comme « les années perdues par 1000 personnes ». NOTA : Les « anciennes » méthodes calculent les années de vie perdues en soustrayant l'âge du décès de 70 ans. En mettant l'accent sur la perte de vie à un plus jeune âge, les APVP mettent en évidence la nécessité de tenir compte des causes des décès prématurés – cancer, accidents et maladies cardiovasculaires – afin d'améliorer l'état de santé de la population. Les APVP varient selon différentes caractéristiques comme le sexe, les conditions socioéconomiques et le lieu de résidence. http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/concept/thesaurus/thesaurus_P.html#PYLL
- 15 Cancer Prevention Policy Report (2007). http://www.wcrf-uk.org/research/cp_policy_report.php
- 16 Conseil canadien de la santé, L'importance de renouveler les soins de santé : apprendre de l'expérience de Canadiens souffrant de maladies chroniques, Toronto, 2007. www.healthcouncil-canada.ca
- 17 http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/fht_mn.html
- 18 Group Health Centre, <http://www.ghc.on.ca/programs/content.html?SID=30> Dr R. Wedell, (septembre 2008). Communication personnelle
- 19 Travaux de conférence From Ideas to Action, Improving Chronic Disease Management, (le 18 mai 2004) Sommaire du discours du Dr Rafael Bengoa, Director for Management of Chronic Diseases for WHO. http://www.natpact.nhs.uk/eventmanager/uploads/cdm_event__rafael_bengoa1.ppt#265, diapositive 10.
- 20 Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century, Washington, DC: National Academy Press, 2001.

- 21 Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al., « Taking the pulse of health care systems: Experiences of patients with health problems in six countries », *Health Affairs*, novembre 2005; [publication électronique antérieure à la publication imprimée].
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/ChronicConditions/AllConditions/Literature/TakingthepulseofhealthcaresystemsExperiencesofpatientswithhealthproblemsinsixcountries.htm>
- 22 Leatherman S., D. Berwick, D. Iles, et al., « The business case for quality: Case studies and an analysis », *Health Affairs*, 2003, vol. 22, no 2, p. 17-30.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=12674405&query_hl=3&itool=pubmed_docsum
- 23 Welcome to the National Event:
http://www.natpact.nhs.uk/eventmanager/uploads/cdm_event__rafael_bengoa1.ppt#256,1
- 24 Christian, A.H., T. Mills, S.L. Simpson, L. Mosca, « Quality of Cardiovascular Disease Preventive Care and Physician/Practice Characteristics », *J Gen Intern Med.*, janv. 20 (2006); [publication électronique antérieure à la publication imprimée].
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=16426280&query_hl=6&itool=pubmed_docsum
- 25 Ducharme A., O. Doyon, M. White, J.L. Rouleau, J.M. Brophy, « Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial », *CMAJ*, (2005) 5 juil., vol. 173(1), p. 53-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=15997043&query_hl=20&itool=pubmed_DocSum
- 26 Young W., G. Rewa, S.G. Goodman, S.B. Jaglal, L. Cash, C. Lefkowitz, P.C. Coyte, « Evaluation of a community-based inner-city disease management program for postmyocardial infarction patients: a randomized controlled trial », *ACPJ Club*, juillet-août (2004), vol.141(1), p. 4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=14581307&query_hl=20&itool=pubmed_DocSum
- 27 Pham H.H., D. Schrag, J.L. Hargraves, P.B. Bach, « Delivery of preventive services to older adults by primary care physicians », *JAMA*. 27 juillet (2005), vol. 294(4), p. 473-81
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=16046654&query_hl=4&itool=pubmed_DocSum
- 28 <http://www.ihl.org/ihl>
- 29 <http://www.improvingchroniccare.org/change/index.html>
- 30 http://www.dh.gov.uk/NewsHome/ConferenceAndEventReports/ConferenceReportsConferenceReportsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4082916&chk=M/ukGs
- 31 Les composantes structurelles et les critères sont tirés de l'outil intitulé ACIC (Assessment of Chronic Illness Care ou évaluation des soins de santé chronique) du site web sur l'amélioration des soins de santé des malades chroniques fondé sur le modèle Wagner de soins des malades chroniques <http://www.improvingchroniccare.org/tools/acic.html>